FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 Décembre 1909, à 1 heure

PAR

COCHERET

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

DE LA

Valeur des Métrorragies

Après la ménopause comme signe de cancer de l'utérus et comme indication de l'hystérectomie totale abdominale

Président : M HARTMANN, *professeur*

Juges { MM. DE LAPERSONNE, *professeur*
QUENU, *agrégé*
PIERRE DUVAL, *agrégé*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MEDECINE

HENRI JOUVE, Editeur

15, Rue Racine, 15

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MES MAITRES

Enfin qu'il me soit permis d'exprimer ici toute notre reconnaissance à M. le professeur Hartmann qui a bien voulu accepter d'être notre président de thèse et à notre maître le docteur Reymond, chirurgien de la maison départementale de Nanterre, qui a été l'inspirateur de cette étude.

DE

La valeur des métrorragies

Après la ménopause comme signe de cancer de l'utérus et comme indication de l'hystérectomie totale abdominale

---

INTRODUCTION

On a beaucoup discuté la signification et le pronostic des métrorragies survenant après la ménopause. La femme chez laquelle le flux menstruel a cessé, depuis parfois plusieurs années, a tendance, au début, à peu s'en inquiéter surtout si les pertes de sang ne sont pas abondantes. Bien mieux, lorsque l'époque à laquelle se sont arrêtées les règles n'est pas très lointaine, la malade, nous pouvons lui donner ce nom, croit y voir un réveil de l'activité génitale. Elle a des écoulements sanguins séparés par des intervalles plus ou moins réguliers, plus ou moins éloignés. Ces phénomènes peuvent coïncider avec une santé florissante et ne troubler en rien,

apparemment, les fonctions organiques. Un médecin consulté pratique un toucher vaginal, fait un examen au spéculum et ne découvre rien de particulier. Voilà un tableau clinique bien bénin et l'on comprend qu'il fasse naître l'illusion d'une jeunesse renouvelée plutôt que l'idée d'une maladie grave.

Pourtant, en des circonstances semblables, notre maître, le Dr Reymond conseille de pratiquer d'urgence l'hystérectomie totale. Plus radical que la plupart des chirurgiens qui déclarent selon la phrase de M. le *professeur Quénu « que tout utérus perdant du sang, ne fut-ce que quelques gouttes après la ménopause, est suspect de cancer »*, le Dr Reymond admet d'emblée ce diagnostic avec les conséquences opératoires qu'il comporte. Il ne croit pas devoir s'attarder dans l'attente de symptômes confirmatifs, ni se livrer à des explorations délicates, utiles sans doute, mais non sans inconvénients. A première vue cette conduite semble trop audacieuse. Cependant si l'on reconnaît que la métrorragie après la ménopause signifie de façon à peu près absolue, cancer au début, cancer qu'aucun autre signe ne trahit au dehors, car il a son développement dans la cavité utérine, on doit logiquement aboutir à une telle conception thérapeutique. L'hystérectomie est le traitement rationnel s'imposant d'urgence. Plus elle sera précoce, plus elle sera facile dans sa technique, simple dans ses conséquences immédiates, heureuse enfin dans ces résultats éloignés. Démon-

trer la valeur de cette théorie sera le but de notre étude.

Il est bien entendu que lorsque nous parlons de métrorragies nous envisageons seulement celles qui ne peuvent être expliquées par une infection générale ou par une dyscrasie quelconque. Après comme avant la ménopause, de semblables états peuvent se manifester, il conviendra toujours de les rechercher et, s'ils existent on rapportera sans peine à cette cause l'écoulement de sang par les voies génitales. S'il y a doute c'est dans ces cas que seront indiquées les diverses recherches de laboratoire. Mais ces pertes survenant au cours d'un état morbide spécial dont elles ne sont qu'un épiphénomène sont différentes de celles que nous avons définies, apparaissant isolément, en pleine période de santé et semblant constituer à elles seules toute la maladie. Ce sont ces hémorragies pseudo-protopathiques que nous considérons comme une manifestation extérieure, souvent unique, d'un néoplasme utérin à développement intra-cavitaire.

La tumeur peut être greffée soit dans le canal cervical, soit au niveau de l'isthme, soit dans le corps utérin proprement dit, cette distinction est intéressante au point de vue anatomique. Pour nous toutes ces lésions ont un caractère commun, c'est de se dérober à nos moyens habituels d'investigation. Au début la métrorragie seule les signale.

Nous n'avons pas la prétention de décrire un nouveau signe. Tous les auteurs qui se sont occupés de

la question des cancers cavitaires de l'utérus ont mis l'hémorragie au premier plan parmi les symptômes et l'ont reconnue comme manifestation initiale. Nous voulons nous efforcer d'établir qu'après la ménopause la valeur diagnostique de ce phénomène devient suffisante pour permettre de conseiller d'emblée cette mesure extrême, mais rigoureusement nécessaire qu'est l'hystérectomie totale.

Pour cela nous passerons d'abord rapidement en revue les diverses causes de méthrorragies. Nous verrons comment elles se comportent à la ménopause et quelles sont celles qui peuvent être invoquées pour expliquer la réapparition des hémorragies utérines après la période critique. Leur nombre est bien restreint. Puis nous rapellerons que l'âge des femmes qui font l'objet de notre étude est celui de prédilection des cancers, particulièrement des cancers utérins les plus fréquents de tous. Les statistiques auxquelles nous ferons appel nous indiquerons qu'à cet âge avancé le pourcentage des néoplasmes du corps de l'utérus est en augmentation par rapport à celui des tumeurs du col proprement dit. L'allure clinique de la néoplasie intra-utérine sera envisagée ensuite ; la fréquence relative, l'importance et l'ordre d'évolution de ses divers symptômes seront mis en relief. Cette étude sommaire attribuera sans conteste à la métrorragie la première place ; elle est le fait le plus constant et le plus précoce.

En confrontant ces résultats avec notre exposé succinct des causes de métrorragies nous serons

amené à reconnaître la très grande valeur de ce symptôme lorsqu'il apparaît après la ménopause et sa signification alors presque absolue de cancer intra-utérin. La nécessité reconnue par tous d'opérer le plus près possible du début nous sera un argument contre toute idée de temporisation. Nous n'attendrons pas l'apparition des autres symptômes pour fortifier un diagnostic réunissant déjà un maximum de chances de certitude. Le curettage explorateur suivi d'examen histologique des débris ainsi recueillis nous paraîtra devoir être écarté. Ce n'est pas que nous méconnaissions sa haute valeur ni que nous méconnaissions les services signalés qu'il peut rendre à d'autres époques de la vie féminine. Mais après la ménopause, il y a un si minime risque d'erreur à attribuer les pertes sanguines à un néoplasme qu'il est inutile de faire cette investigation. Elle constitue à elle seule une véritable opération, elle retarde l'intervention définitive, et surtout peut donner, si elle ne fait pas découvrir d'éléments cancéreux, une fausse sécurité. Nous nous rendrons compte en effet que la tumeur, soit par sa petitesse, soit par sa situation particulière, peut, surtout aux premières phases de son évolution, échapper à la curette. Ne vaut-il pas mieux enlever inutilement, dans une intervention trop hâtive, un utérus simplement atteint de métrite, alors que c'est un organe dont la vie physiologique est en quelque sorte achevée puisque nous le prenons après la ménopause ? Combien plus préjudiciable à la malade serait l'erreur contraire, celle

qui consisterait à laisser évoluer jusqu'à l'inopérabilité une tumeur maligne sur laquelle la métrorragie aurait attiré notre attention, mais dont un examen biopsique négatif nous aurait fait rejeter l'hypothèse.

Après avoir ainsi montré la nécessité de l'intervention nous n'insisterons pas sur l'intervention elle-même. Nous indiquerons l'hystérectomie totale sans vouloir reprendre toutes les controverses qui ont été soulevées à ce sujet. Pour nous, elle seule est dans la logique de la chirurgie du cancer : faire la plus large exérèse possible sans laisser un moignon pouvant amener des récidives. Nous donnerons nos préférences à la voie abdominale, car, avec la perfection actuelle de la technique et les progrès de l'asepsie, elle offre relativement peu de dangers, permet de tout voir et met à l'abri des surprises. Les partisans de la voie vaginale trouveront cependant eux aussi dans les opérations précoces que nous préconisons de meilleures conditions de succès.

Nous terminerons notre travail par l'exposé de quelques observations, exemples cliniques qui illustreront nos conclusions, en montrant que l'examen d'utérus enlevés par des hémorragies après la ménopause a révélé macroscopiquement et microscopiquement l'existence d'un cancer. Un cas heureusement exceptionnel soulignera la nécessité de se hâter en faisant ressortir avec quelle rapidité la tumeur peut devenir inopérable.

CHAPITRE PREMIER

LES CAUSES DES MÉTRORRAGIES

L'histoire clinique et la description d'ensemble des métrorragies en général pourraient constituer l'objet d'une longue et intéressante étude. Il y a là une vaste partie de la séméiologie gynécologique. Peu d'affections de l'utérus en effet restent sans donner lieu au cours de leur évolution à un afflux sanguin. On a pu dire à juste titre que l'hémorragie est la plainte de l'utérus malade. Aussi pour ne pas être entraîné trop loin de notre sujet nous envisagerons ce symptôme du point de vue que nous avons exposé. Nous citerons toutes les causes de pertes de sang et à propos de chacune d'elles nous discuterons la possibilité de son existence après la ménopause et en dehors de toute autre manifestation morbide. Il faut que les termes de notre problème soient très strictement définis et limités pour nous permettre d'arriver à la conclusion que nous voulons défendre. La règle de thérapeutique hardie et rapide que nous indiquons n'est soutenable que dans ces conditions-là.

Reportons-nous à la proposition du Dr Reymond :

« Chaque fois qu'une femme *ayant dépassé l'époque de la ménopause* présente des hémorragies utérines, s'il n'*existe pas de causes générales d'hémophilie* et alors que l'examen au spéculum est négatif on doit pratiquer l'hystérectomie abdominale totale. (*Bulletin de la Société anatomique*, janvier 1908.)

Dans ce chapitre d'étiologie, nous nous proposons donc simplement de résoudre la question suivante :

Chez une femme qui a dépassé la ménopause, quelles peuvent être en dehors des maladies hémorragiques les causes de métrorragies lorsque l'examen au spéculum et au toucher ne donne pas d'indications.

Jusqu'ici nous avons employé indifféremment le mot métrorragie ou l'expression hémorragie utérine. Nous devons à ce sujet une explication. Par métrorragie nous entendons toute perte de sang venant de l'utérus en dehors de la menstruation. La plupart des auteurs adoptent cette définition Pourtant, dans son *Traité de Gynécologie*, A. Lutaud voudrait réserver le nom de métrorragie à l'exagération des pertes menstruelles. Nous objectons que, d'une façon générale, ce dernier phénomène reçoit la dénomination de *ménorragie*. Il n'est pas nécessaire de détourner le mot métrorragie de sa signification habituellement acceptée pour l'appliquer à un autre ordre de faits suffisamment désigné par ailleurs.

Métrorragies ou hémorragies utérines, ce qui est pour nous la même chose, résultent de deux ordres de facteurs : la congestion et les lésions locales. Ces

phénomènes étiologiques sont eux-mêmes sous la dépendance de processus divers au cours desquels ils se combinent plus ou moins.

Voici quels sont au point de vue causal les différentes classes de métrorragies que nous pouvons établir :

1° Des métrorragies par traumatismes : coups, coïts, hystérométrie, cautérisations, etc.

2° Des métrorragies obstétricales : accouchement, avortement et leurs suites immédiates.

3° Des métrorragies sous la dépendance de l'état général.

4° Des métrorragies en rapport avec l'évolution de l'appareil génital de la femme.

5° Des métrorragies par lésions de voisinage de l'utérus et maladies des annexes.

6° Les métrorragies par déplacement de l'utérus.

7° Des métrorragies par lésions spéciales des vaisseaux utérins.

8° Des métrorragies par infection de l'utérus. Métrites aiguës et chroniques. Maladies spécifiques : tuberculose, syphilis.

9° Des métrorragies dans les tumeurs bénignes de l'utérus (polypes, fibromes).

10° Des métrorragies par tumeurs malignes de l'utérus (du col ou du corps).

Un chapitre de pathogénie serait inutile à nos conclusions ; nous devons cependant faire remarquer

qu'il n'y a pas entre ces divers groupes de barrières extrêmement nettes et que dans chacun deux l'explication de l'afflux sanguin n'est pas univoque. Un utérus siège d'une tumeur ou d'une lésion inflammatoire saignera par exemple pour la première fois à l'occasion d'un traumatisme.

Le traumatisme léger semblera souvent à première vue être en jeu dans certaines métrorragies qui dépendent en réalité de l'état général. Nous verrons que les utérus déplacés sont souvent atteints de métrite et que les infections des annexes sont rarement isolées, etc.

D'autre part, dans le cas où la muqueuse utérine est directement lésée, il est bien rare qu'un certain degré de congestion n'intervienne pas en même temps dans la production de l'hémorragie. Par contre lorsque la congestion semble seule en cause il faut bien qu'elle arrive à produire une lésion si minime soit-elle dans la muqueuse et ses vaisseaux pour que l'issue du sang soit possible.

Mais nous ne voulons pas insister plus longtemps. Nous allons passer immédiatement à l'analyse des diverses causes en éliminant au fur et à mesure celles qui ne peuvent s'appliquer aux faits qui nous intéressent.

I. — *Métrorragies par traumatismes.* — Cette première catégorie se place d'elle-même hors du cadre de notre étude. Le phénomène survient ici dans des circonstances particulières et son origine est non douteuse s'il s'agit d'un traumatisme suffisant. On

ne s'étonnera pas de voir saigner une femme blessée au niveau de l'utérus ou encore venant de subir une hystérométrie même faite avec toutes les précautions de douceur.

Après une cautérisation, à plus forte raison après un curettage on remontera sans peine de l'effet à la cause.

Le traitement dépend alors de l'intensité et de la persistance de l'hémorragie; nous n'avons pas à nous en occuper. L'action des traumatismes légers est plus discutable. Un utérus qui saigne trop facilement sous l'influence de la marche, de la fatigue, du coït est vraisemblablement le siège d'une affection locale ou l'indice d'un tempérament hémophile. Si la femme a passé la ménopause il reste prudent de s'en défier. Ce sont des circonstances où les explorations intra-utérines pourront être précieuses.

II. — *Métrorragies obstétricales.* — Les hémorragies utérines dues pendant la grossesse à une anomalie de l'œuf, ensuite accompagnant l'accouchement ou l'avortement et leurs suites immédiates constituent par leurs circonstances étiologiques une classe nettement à part que nous n'avons même pas à discuter ici.

III. — *Métrorragies sous la dépendance de l'état général.* — Nous avons précisé en posant les données de notre problème que nous nous placions hors de tout état hémophile. Il y a, en effet, des métrorra-

gies qui sont explicables par un trouble de l'état général, que ce trouble soit dû lui-même à une dyscrasie plus ou moins individualisée ou bien à une action du système nerveux ou encore à une maladie proprement dite. Les vaisseaux seront plus friables, le sang moins coagulable, la congestion vaso-motrice ou mécanique plus intense.

Une diathèse peut être en jeu, comme l'arthritisme invoqué par *Stoll* ou l'herpétisme. D'autres fois ce sera cette dyscrasie vague à laquelle on a donné le nom d'hémophilie pour masquer sous une étiquette scientifique l'ignorance où l'on est de la nature même de l'affection. La débilité ou la cachexie quelles qu'en soient les causes efficientes font apparaître dans certains cas des écoulements sanguins. (*Franch. Traité de Médecine pratique.*)

La chlorose produit le plus souvent de l'aménorrhée ; elle peut néanmoins causer des métrorragies et même de la métrite. (*Nonat. Traité de Médecine.*)

Outre leur action locale au niveau de l'utérus, que nous étudierons tout à l'heure, la tuberculose et la syphilis interviennent quelquefois en tant que maladies générales.

Picqué a décrit des métrorragies dans l'impaludisme. *Lécorché* les a discutées dans le diabète. *West* les a observées et mises en évidence dans l'albuminurie. On les admet dans le mal de Bright et les lésions chroniques des reins. — Peut-être est-ce par l'intermédiaire du filtre rénal qu'agissent les intoxications

saturnines et phosphorées, causes possibles des métrorragies.

Certaines affections aiguës ou chroniques très individualisées et à symptomatologie saillante font éventuellement saigner l'utérus. Il suffira de savoir qu'au cours de la rougeole, de la scarlatine, de la variole, de la fièvre typhoïde, du purpura, du scorbut (*Scanzoni*), de la fièvre jaune, de l'ictère grave, parfois même des cirrhoses hépatiques etc., on a pu observer des métrorragies pour que, s'il en survient dans de semblables circonstances, le clinicien ne soit pas trop tenté de leur rechercher une étiologie différente quel que soit du reste l'âge de la femme.

De toutes ces causes que nous venons d'énumérer, les unes se rencontreront exceptionnellement après la ménopause, les autres en revanche sont de tous les âges. Il ne nous appartient pas de les décrire longuement. Nous attirons simplement l'attention sur elles et mettons en évidence la nécessité pour le médecin de les rechercher soigneusement. Dire comment nous les dépisterons nous entraînerait à faire une incursion dans de nombreux chapitres de la pathologie.

Le diagnostic présentera des degrés de difficulté très variables suivant qu'il aura à se porter sur une diathèse mal définie ou sur une affection à caractères bien tranchés. Il y a là une question d'observation méticuleuse. Une remarque pourra faciliter les investigations : il est bien rare qu'un état hémophile porte

son action sur l'utérus seul. Dautres hémorragies complèteront en quelque sorte sa signature.

Sans doute, en présence d'un de ces cas, la règle thérapeutique que nous conseillons ne saurait être appliquée ; est-ce à dire qu'il faut repousser définitivement l'idée de cancer. Non, car la tumeur peut coïncider avec l'hémophilie et si les causes générales de celle-ci ne sont pas très évidentes il faudra avoir recours à l'examen biopsique. Surveiller, en se méfiant du néoplasme, tout utérus qui saigne après la ménopause est une mesure nécessaire.

Le système nerveux peut être lui aussi incriminé Le plus souvent il agit comme cause adjuvante par l'influence vaso-motrice. Il tient surtout sous sa dépendance l'élément congestif. *Ehrenfert* dans l'*American Journal of Obstetrics* (février 1908) a exposé le rôle du système nerveux central. Le système nerveux périphérique intervient dans la production de certaines hémorragies utérines. Telles sont celles que l'on a pu observer dans des névralgies (*Notta*, *Cahen*, *Churchill*, *Siredey*, *Huchard*, dans le *Traité des Névroses* d'Axenfeld). Nous avons cité le système nerveux en dernier lieu dans notre nomenclature des métrorragies relevant de l'état général, car il sert pour ainsi dire de transition entre cette catégorie et la suivante.

IV. — *Métrorragies en rapport avec l'évolution de l'appareil génital de la femme.* — En dehors des menstrues il semble bien que tout écoulement san-

guin provenant de l'utérus soit dû à un état morbide. Il serait donc illogique de parler de métrorragies liées à l'évolution de l'appareil génital de la femme. Pourtant il est certaines phases de la vie féminine où l'utérus se met à saigner plus fréquemment et plus facilement hors du moment des règles. Y a-t-il là l'effet d'une diathèse méconnue, le système nerveux plus irritable a-t-il une action spéciale. On peut le supposer, mais non le démontrer et l'on en est réduit à parler de métrorragies essentielles. Le facteur congestion y paraît avoir la part prépondérante. *Erlanger* qui a fait sa thèse sur les métrorragies au point de vue de leur traitement par l'adrénaline s'occupe beaucoup des faits de ce genre puisque l'adrénaline lutte contre la congestion. Or, il nous montre ces phénomènes soit au moment de la puberté, soit en période de pleine activité génitale, soit au moment de la ménopause. Nous ne songerons donc pas à eux après la ménopause.

Les hémorragies de l'âge critique méritent pourtant un examen plus attentif. Loin de nous l'idée de dire que toutes les métrorragies qui paraissent à cette époque sont d'ordre congestif ; ce serait une erreur grossière. La même remarque s'applique du reste aux autres âges de la femme. A côté des métrorragies dites essentielles il en est qui sont symptomatiques et ces dernières sont de beaucoup les plus nombreuses. Lors de la ménopause il y a d'après *Stopin* de multiples explications des écoulements sanguins. Ils peuvent relever de l'artério-sclé-

rose, de l'évolution sénile de la muqueuse utérine, de la transformation variqueuse de la muqueuse utérine, d'une métrite kystique avec développement énorme des œufs de Naboth, d'une métrite latente, d'une métrite fibromateuse. Toutes ces causes rentrent dans les autres groupements que nous avons établis et il ne reste pour celui-ci que les métrorragies essentielles. Leur caractère propre est de surgir au moment de la ménopause, de la prolonger, de la retarder et de la rendre plus pénible sans doute, mais de cesser en même temps qu'elles. Chez une femme qui commence à perdre du sang seulement après la ménopause on ne peut pas penser à une telle métrorragie. Est-elle fréquente à la période critique ? Il est permis de faire des réserves à ce sujet. Le cancer à cet âge est certainement l'étiologie la plus commune et la plus vraisemblable ainsi que le reconnaît *Stopin* qui étudie uniquement les pertes plus rares qui surviennent en dehors de lui. On ne pourra donc admettre de simples troubles du retour d'âge que lorsqu'une exploration minutieuse et aussi approfondie qu'il le faudra aura permis d'abandonner l'idée de néoplasie.

Nous devrions parler de l'évolution sénile de la muqueuse utérine, mais comme on la désigne ordinairement sous le nom de métrite sénile, nous nous en occupons en même temps que des métrites en général, bien qu'ici l'élément inflammatoire soit la plupart du temps assez discutable.

Métrorragies par lésions de voisinage de l'utérus et maladies des annexes

On observe des métrorragies dans un petit nombre d'hématocèles péri-utérines : on en voit plus fréquemment dans les salpingites et salpingo-ovarites de toute nature ; on en rencontre surtout dans les tumeurs de l'ovaire, kystes ou cancers. Ces hémorragies, surtout celles qui proviennent de trompes enflammées sont bien mal individualisées. La principale cause des inflammations annexielles étant la métrite, il est bien difficile de déterminer la part qui revient à l'infection utérine et celle qui revient à la lésion de voisinage dans la production de l'écoulement sanguin. Pourtant cliniquement l'affection tubaire ou tubo-ovarienne se manifeste seule et cela justifie la classification que nous avons suivie.

Par l'âge où elle survient de préférence, par les circonstances étiologiques qui la précèdent et les symptômes remarquables qui l'accompagnent l'hématocèle rétro-utérine attire nettement l'attention et l'hémorragie par les voies génitales qui l'accompagne exceptionnellement apparaît comme un épiphénomène sans importance.

A l'occasion des salpingites et des salpingo-ovarites il y a, disent les classiques, des troubles menstruels et parfois de métrorragies. L'âge de début de ces affections est l'époque de pleine activité génitale. Il

n'est pas impossible d'en rencontrer après la ménopause, mais en fait c'est une rareté. Les métrorragies ne sont pour ces maladies ni le premier en date ni le plus important des symptômes. Le toucher permet de trouver des signes spéciaux.

Salpingites et salpingo-ovarites, qu'elles soient dues à l'inflammation banale ou qu'elles soient tuberculeuses, ne doivent donc pas être invoquées pour expliquer les pertes de sang dont nous nous occupons.

Nous ne pouvons éliminer de même les kystes et les cancers de l'ovaire. Dans les néoformations ovariques en effet, il est possible et même assez fréquent d'observer des hémorragies utérines. Le début de l'affection peut se faire après la ménopause. Nous citerons à ce sujet ce qu'écrivait Terrier dans la *Revue de Chirurgie* en 1884 : « Après la ménopause le développement des néoformations ovariques paraît déterminer des phénomènes congestifs du côté de l'utérus d'où réapparition d'un écoulement sanguin plus ou moins régulier. » Toutefois, lorsque la métrorragie relèvera de cette cause, l'examen méthodique de la malade nous en fera trouver d'autres symptômes. De plus, le début après la ménopause est une présomption de malignité et indique plus formellement une intervention. Enfin la possibilité de coexistence d'une lésion néoplasique du corps utérin et des ovaires a été maintes fois signalée ; elle est une des raisons qui nous font préférer la voie abdominale à la voie vaginale pour l'hystérectomie.

VI. — *Métrorragies par déplacement de l'utérus.* — Dans quelques cas de déplacement de l'utérus il y a des hémorragies. Tous les changements de position de l'utérus peuvent leur donner naissance et nous ne nous attarderons pas à les énumérer. Les déplacements ne se produisent pas après la ménopause, ils se manifestent par des signes physiques appréciables au toucher ; ils font saigner lorsqu'ils sont accompagnés de métrite dont ils facilitent l'apparition. Ces caractères suffisent pour permettre d'éliminer chez nos malades les causes de cette nature. Si l'examen nous permet de constater un utérus en position vicieuse, nous apprendrons le plus souvent que déjà avant la ménopause des hémorragies se sont produites. Si par hasard elles ne sont survenues qu'après l'âge critique, nous pourrons encore les attribuer au déplacement mais avec défiance. Nous devrons immédiatement intervenir pour remettre l'utérus en bonne position par des manœuvres simples ; il sera fréquemment indiqué de faire un curettage qui constitue le traitement de la métrite concomitante en même temps qu'il permet un examen histologique des débris. Une tumeur n'est pas impossible sur un utérus déplacé. Si l'hémorragie n'a pas cédé au redressement et au curettage, il faut admettre le cancer et pratiquer l'hystérectomie.

VII. — *Métrorragies par lésions spéciales des vaisseaux utérins.* — L'apoplexie utérine produit des métrorragies ; mais elle est rare, survient chez des cardiaques qui ont la plupart du temps d'autres

embolies ; elle a un début marqué par une douleur brusque en coup de poignard. Elle échappe à notre définition.

L'anévrisme de l'artère utérine est une exception. On en cite quelques exemples à titre de curiosité clinique et le Dr *Reymond* en a présenté 1 cas à la Société Anatomique (*Bulletin de la Société Anatomique*, janvier 1908). L'allure des hémorragies est bien celle que nous avons décrite ; on note toutefois au fond d'un cul-de-sac vaginal un battement caractéristique. Nous ne devons pas nous laisser arrêter par la possibilité d'une telle lésion. De plus son traitement nécessitant une laparotomie, si elle se rencontrait par hasard nous pourrions lui appliquer l'intervention nécessaire si nous avions entrepris une hystérectomie par la voie abdominale.

La transformation variqueuse de la muqueuse utérine dont parle Stopin dans sa thèse sur les métrorragies de la ménopause est une lésion de l'âge critique lui-même. Comme dans les métrorragies essentielles de la ménopause, il y a des pertes de sang plus fréquentes, plus abondantes, la phase de transition se prolonge, mais tout s'éteint avec l'arrêt définitif des règles. Tant que l'affection existe la ménopause ne peut pas s'établir.

VIII. — *Métrorragies par infection de l'utérus.* — Les métrorragies dues à des métrites sont celles qui vont nous occuper actuellement. Comme nous n'avons pas à faire une étude clinique de la métrite en elle-même nous pourrons exposer brièvement les

notions qui nous sont nécessaires. Tout d'abord les métrites aiguës seront mises de coté; leurs causes peuvent être diverses, mais chez elles les métrorragies ne sont qu'un épiphénomène dans un ensemble symptomatologique parfois assez bruyant, en tous cas toujours marqué. De plus sans vouloir nier la possibilité de métrites aiguës d'origine blennorragique par exemple, chez une femme ayant passé la ménopause il faut bien reconnaître que c'est là une éventualité exceptionnelle.

Quant aux métrites chroniques il nous suffirait presque de dire qu'elles sont les suites des métrites aiguës pour pouvoir les éliminer. Sans doute elles déterminent des pertes de sang et il existe même une métrite qualifiée spécialement d'hémorragique, mais ces phénomènes morbides ont leur début dans la période d'activité génitale et cessent en général lors de la ménopause.

Parfois pourtant au moment même de la ménopause on voit apparaître du sang et Stopin parle de la possibilité de métrite jusque-là latente. Cette éventualité est possible, mais il est invraisemblable que la latence de cette affection persiste jusqu'après l'âge critique.

Presque toujours elle profite de cette période de transition pour se manifester, car c'est au moment de changements importants que la muqueuse utérine est le plus sensible. Alors il se produit des hémorragies, la ménopause traîne, mais si elle se fait elle demeure définitive.

Le métrite cervicale avec développement énorme des œufs de Naboth (thèse de Stopin) comporte des considérations analogues. Nous pouvons ajouter, en outre, que des signes physiques constatables par le toucher décèlent cette lésion.

On a groupé sous le nom, peut-être impropre, de métrite sénile, car il est très difficile de démontrer là l'effet d'une infection quelconque, diverses transformations que peut subir la muqueuse utérine lorsque survient la vieillesse physiologique de la femme. Stopin fait état de cette involution utérine sénile et la décrit anatoniquement comme une sorte d'atrophie de la muqueuse, révélé cliniquement par des métrorragies au moment de la ménopause. Nous répétons ce que nous avons déjà dit précédemment : il y a là des hémorragies de la ménopause et non pas après la ménopause ; or ce sont celles-ci seules que nous avons en vue.

A côté des inflammations banales de l'utérus il nous faut envisager les infections spécifiques de cet organe, nous voulons parler de la tuberculose et de la syphilis. Ce sont les maladies les plus rares, mais qui ont été vues et étudiées soigneusement.

Notons d'abord la tuberculose qui est des deux la plus fréquente. « La tuberculose de l'utérus, disent les traités de chirurgie et de gynécologie, donne des règles douloureuses et irrégulières, de la leucorrhée et des métrorragies. » Ce qui fait que nous tiendrons peu compte de l'existence possible d'une telle affection chez les malades qui font l'objet de notre

étude c'est qu'il est rare que la tuberculose atteigne le corps utérin après la ménopause. D'autre part, l'infection bacillaire n'a pas pour habitude de limiter ses efforts à l'utérus seul. Enfin, en admettant qu'une erreur de diagnostic soit commise elle sera regrettable uniquement au point de vue spéculatif. En fait beaucoup de chirurgiens considèrent l'hystérectomie totale comme traitement de choix de la tuberculose localisée à l'utérus.

Par conséquent, si un utérus que nous aurions enlevé par la ménopause parce qu'il saignait nous paraissait tuberculeux à l'examen anatomique nous pourrions encore estimer avoir rendu service à la malade. C'est notre but.

La question de la syphilis est plus complexe. Nous sommes ici en présence d'une lésion pouvant guérir par un traitement médical relativement simple : le traitement spécifique iodé-mercuriel. S'il est applicable on ne peut mettre en balance avec lui l'opération importante qui est une hystérectomie. Nous trouvons dans la thèse de Goldenstein (Paris, 1908) des observations intéressantes dans lesquelles il est montré que la syphilis utérine peut, après la ménopause, occasionner des métrorragies tout à fait semblables à celles que nous avons décrites. A propos des hémorragies dues à l'état général nous avons déjà indiqué la syphilis comme étiologie éventuelle. Ici c'est localement qu'elle agit ; elle produit des syphilomes plus ou moins étendus, plus ou moins profonds qui peuvent échapper aux investigations du

toucher vaginal ou du spéculum. Cependant il y a des hémorragies. Il semblerait donc que notre théorie nous expose à pratiquer inconsidérément l'ablation d'utérus syphilitiques que le mercure et l'iode auraient pu soigner. Ce serait une objection de haute valeur si nous ne pouvions répondre que parmi les observations de Goldenstein qui rapporte tous les cas connus jusqu'en 1908 il s'en trouve une cinquantaine en tout et seulement sept ayant été notés après la ménopause.

Et ce sont dans tous ces cas des femmes ayant eu une syphilis avérée, affirmée encore par d'autres lésions probantes, qui ont vu des pertes de sang reparaître après avoir passé complètement et sans encombre la phase critique. Ces pertes de sang ont toujours été précédées ou accompagnées d'un flux leucorrhéique ou hydrorrhéique abondant et fétide. Le traitement iodo-mercuriel a fait cesser ces phénomènes.

Nous n'entrons pas dans le détail des observations, renvoyant pour cela à l'ouvrage cité. Une conclusion pourtant s'impose, c'est que la syphilis peut donner lieu à des symptômes analogues à ceux pour lesquels nous conseillons l'intervention radicale mais que cela ne se rencontre que chez des syphilitiques à lésions très nettes ou à antécédents certains, tels que gommes, périostites, fausses couches multiples, etc. En outre, 7 cas seulement en sont connus dans la littérature médicale. Une telle rareté est insuffisante à ébranler nos conclusions sur la conduite à tenir en

présence des hémorragies utérines après la ménopause.

IX. — *Métrorragies dans les tumeurs bénignes de l'utérus.* — Les tumeurs bénignes de l'utérus, polypes et fibromes nous retiendront peu. Elles sont une cause importante de métrorragies mais leur âge de production se place avant la ménopause.

Le polype vrai, polype tumeur, n'est autre chose qu'un fibro-myome pédiculé ; il vient en général saillir en dehors du col utérin pour prendre dans le vagin un développement plus ou moins considérable. Il peut aussi évoluer dans la cavité utérine. Comme tous les fibro-myomes il ne naît jamais avant la puberté, jamais après la ménopause.

Le polype muqueux de l'utérus n'est qu'une pseudo-tumeur, une tumeur inflammatoire. Dans l'endométrite, en effet, la muqueuse fongueuse et bourgeonnante peut former des plis saillants. Qu'une de ces saillies s'accentue et se pédiculise, c'est l'amorce d'un polype. Ceci est dit non pour expliquer une formation pathologique, mais pour indiquer que tout ce que nous avons dit à propos de la métrite s'applique au polype muqueux : l'histoire de la maladie débute pendant la période de pleine activité génitale de la femme. La métrite peut sans doute se prolonger et les polypes se former tardivement, mais encore une fois la malade qui aura dans ces cas des pertes de sang après sa ménopause en aura eu avant et aura eu son âge critique lui-même fortement troublé. Ce sera un prolongement d'une affection déjà ancienne.

Même dans ce cas le diagnostic de métrite ne doit être porté qu'avec circonspection et vérifié par un curettage. On sait que l'inflammation chronique de la muqueuse utérine a été accusée de favoriser la production d'un cancer.

Les fibromyomes s'accompagnent d'hémorragies, souvent fréquentes et abondantes. L'écoulement sanguin tient une place remarquable dans l'histoire clinique de ces affections. Il doit ce rôle à sa date d'apparition avant tout autre symptôme, à sa constance et à son retentissement sur l'état général. Sauf dans les cas d'enclavement un fibrome qui saigne peu est bien toléré jusqu'à ce qu'il atteigne un volume par trop considérable. Nous ne reviendrons pas sur cette variété de fibromes pédiculés que l'on nomme polypes fibreux de l'utérus. Nous n'examinerons pas non plus longuement les faits de tumeurs fibromateuses proprement dites : elles se révèlent par des signes physiques. Les seuls cas qui peuvent nous intéresser sont ceux où le corps de l'utérus est pour ainsi dire bourré de petits fibromes que ne peuvent révéler aucun signe des modes d'investigation employés couramment. Les cas de métrites fibromateuses, les cas de petits fibromes à développement intra ou extra-utérin très peu considérable, pourraient seuls nous induire en erreur. Seulement nous répétons qu'il est universellement admis que le fibrome ne se développe jamais avant la puberté, jamais après la ménopause. Et cela est vrai du fibrome sous toutes ses formes. Il y a autre chose : le fibrome retentit

sur la ménopause ; il la prolonge, la retarde. En revanche lorsque la ménopause s'établit elle a une action sur la tumeur qui alors régresse, atténue ses symptômes et tarit ses métrorragies. Cet effet n'est ni constant ni définitif et nous ne prétendons pas qu'un utérus fibromateux ne puisse jamais saigner après la ménopause. Seulement il aura saigné avant et pendant. Nous ne nous trouverons pas en présence d'une femme chez laquelle sont apparus des phénomènes morbides après la ménopause mais bien d'une malade chez laquelle une affection se continue. Alors il sera permis d'hésiter entre le diagnostic de persistance du processus ancien ou d'apparition d'un nouvel élément qui serait de nature maligne et l'on devra recourir à toutes les manœuvres nécessaires pour préciser la réponse. *Piquand* (thèse de Paris, 1906), a traité la question des dégénérescences des fibro-myomes. Dans les *Annales de Gynécologie* de 1905, il avait déjà publié un article intitulé : *Fibromes et cancers utérins* et nous y relevons cette phrase : « L'apparition d'hémorragies abondantes chez une femme atteinte de fibrome et ayant passé la ménopause doit toujours faire penser à une complication maligne. » Quant à la possibilité pour le fibro-myome de prendre naissance après la ménopause elle est douteuse. Tout fibrome se développant en de telles conditions est plus que suspect. Aussi chez une malade qui présentera des écoulements sanguins, débutant après l'âge critique, cette considération ne devra pas gêner notre action.

Métrorragies par tumeurs malignes de l'utérus

Après nos éliminations nécessaires, les tumeurs malignes seules nous apparaissent comme susceptibles de donner naissance au genre de métrorragies que nous avons envisagé. Quelle que soit la nature anatomique de ces lésions, nous les groupons toutes sous le nom de cancer. Les distinctions sont intéressantes théoriquement dans une question d'étude ; pratiquement toutes les tumeurs malignes au début comportent les mêmes indications : exérèse précoce et complète. Au point de vue siège le cancer utérin peut se trouver à la partie extérieure du museau de tanche. C'est le cancer du col proprement dit.

Pour celui-ci le diagnostic est non douteux. En plus des hémorragies il peut être établi par le toucher vaginal et par la vision directe, et les indications opératoires sont formelles.

A notre point de vue elles sont aussi précises lorsque pour démontrer la présence du cancer utérin les métrorragies après l'âge critique sont les seuls moyens dont on dispose. Il s'agit alors évidemment d'un cancer se développant dans le cavité utérine puisqu'il ne permet ni au doigt ni au spéculum de le découvrir. Il peut siéger soit à l'intérieur du canal cervical, soit dans la région de l'isthme, soit en un point plus ou moins reculé du corps utérin, parfois vers l'embouchure des trompes. Ce sont là les

seules lésions capables de produire des écoulements sanguins débutant après la ménopause et ne donnant aucun autre signe au toucher ou à la vue.

C'est la notion qui se dégage de ce chapitre d'étiologie pathogénique. Il nous a montré d'autres causes de métrorragies après le ménopause. Ces causes sont très peu fréquentes.

De plus les unes ont déjà donné lieu depuis longtemps à des manifestations morbides du côté de l'utérus ; c'est le cas de métrites prolongées ou des fibromyomes persistants. L'affection ne commence pas après la ménopause ainsi que nous l'avons déjà dit, elle continue.

D'autres comportent les mêmes indications thérapeutiques que le cancer et c'est le cas des néoformations ovariques malignes ou de la tuberculose du corps utérin. L'erreur de diagnostic, rarement possible, sera en fait sans importance. Beaucoup ont des signes particuliers qui peuvent attirer l'attention sur elles.

Enfin il en est qui, comme la syphilis de l'utérus viennent sur un terrain spécial et constituent une véritable rareté. L'anévrisme de l'utérus se range dans cette catégorie.

En ce qui concerne les affections où l'hémorragie utérine n'est qu'un phénomène accessoire dans une symptomatologie caractéristique, nous les avons mises à part par définition.

Le cancer à développement intra-utérin reste donc la seule explication plausible de ces pertes de sang

qui apparaissent après la ménopause alors qu'il n'y a pas de cause générale d'hémophilie.

Nous allons dans un chapitre suivant étudier la fréquence de ce cancer.

CHAPITRE II

FRÉQUENCE DU CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

Après être arrivé par la discussion à considérer le cancer intra-utérin comme cause à peu près unique des métrorragies après la ménopause, il nous faut nous rendre compte de la fréquence de ce genre de tumeurs. Sur ce sujet les avis sont très partagés.

Il est admis que le cancer utérin est le plus fréquent de tous les cancers. La statistique de T.-Y. Simpson est sur ce point tout à fait démonstrative. Publiée dans *Annual Reports of the registar general for England*, elle porte sur vingt années, de 1847 à 1867. Il y est mis en évidence que les femmes sont plus sujettes au cancer que les hommes et que de tous les organes de la femme c'est l'*utérus qui est le plus souvent atteint*. L'âge le plus favorable pour le développement du cancer du col est de quarante à cinquante ans ; pour le cancer du corps il est, nous le verrons, un peu plus tardif.

On a coutume de comparer le nombre des cancers du corps et celui des cancers du col ; la connaissance de ce dernier n'est donc pas ici hors de propos. Nous trouvons dans le *Traité de Gynécologie* de Pozzi une statistique susceptible de donner à ce sujet une vue

d'ensemble. C'est celle de *Gusseron* dans son travail *Die Neubildungen der uterus*. Il y rapporte 3385 cas recueillis chez un grand nombre d'auteurs.

Sur ces 3385 cas il y a :

1 cas à dix-sept ans ;
1 cas à dix-neuf ans ;
114 cas de vingt à trente ans ;
770 cas de trente à quarante ans ;
1169 cas de quarante à cinquante ans ;
856 cas de cinquante à soixante ans ;
340 cas de soixante à soixante-dix ans ;
193 cas au-dessus de soixante-dix ans.

Si nous recherchons maintenant le pourcentage des cancers du corps par rapport à ceux du col, nous allons trouver des avis excessivement partagés. Nous croyons pour notre part aux statistiques donnant le plus de fréquence aux cancers intra-utérins, car bien souvent les faits de ce genre sont et restent méconnus. L'étude clinique que nous en ferons en montrera les raisons.

L'historique même de la question en est le premier exemple.

Pendant longtemps on ignora cette forme de néoplasme et ce n'est guère qu'au XIX^e^ siècle que l'on en voit pour la première fois deux cas cliniquement diagnostiqués rapportés dans le *Traité clinique des maladies de femmes* de T. Galland. En 1876, *Pichot* publiant une thèse sur cette question réunissait 44 cas seulement en faisant des recherches chez les auteurs français et anglais.

Cette rareté d'observations s'explique probablement par la pauvreté des moyens d'explication clinique employés jusqu'alors.

Plus on se rapproche de l'époque actuelle, plus la question est fouillée, plus nombreux sont les cas qui se présentent.

Gusserow, dans sa statistique générale, en note déjà 122 et c'est fort peu vu le nombre considérable de tumeurs utérines qu'il a réunies.

Puis les cas arrivent à être suffisamment nombreux pour qu'on en vienne à établir les statistiques comparatives avec les cas de néoplasmes du col. *Szukitz*, dans le traité de *Schrôder* sur les *Maladies des Femmes*, voit un rapport de 1 à 420. Schrœder pour sa part note 28 pour 412 ce qui est déjà bien plus considérable. *Schatz* admet une proportion de 2 sur 80. Reportons-nous à la thèse de Tesson (Paris, 1902-1903) sur le cancer du corps utérin. Nous voyons là comment d'année en année, à mesure que la question est mieux connue, les faits se présentent fréquents.

En 1897 *Hofmeyer*, de Wuzburg	donne	11	o/o
En 1898 *Landau*, de Berlin	—	13	o/o
— *Jacobs*, de Bruxelles	—	15	o/o
De 1888 à 1898 *Second* —	—	27	o/o
En 1900 *Dimitri de Ott*, de Saint-Pétersbourg	—	24	o/o
Cullen, de Baltimore	—	29,12	o/o
De 1897 à 1902 *Terrier*	—	21,42	o/o

Ces chiffres sont loin, on le voit, de ceux notés par les premiers observateurs et nous avons déjà attribué cette différence à une connaissance plus grande de l'affection et de ses symptômes.

Cependant nous devons pour être juste reconnaître que certains chirurgiens et gynécologues n'admettent pas des proportions aussi fortes.

Zweifel trouve seulement 10 o/o ; quant à Pozzi dont le *Traité de Gynécologie* nous a fourni la plupart des statistiques reproduites ici, il déclare n'avoir observé à l'hôpital Broca en onze ans de pratique chirurgicale que 6 cancers du corps contre 204 du col, soit environ 3 o/o. Pour lui cette disproportion entre ces résultats et ceux rapportés ci-dessus tient à la facilité avec laquelle sont prises pour du cancer certaines dispositions atypiques des cellules de la muqueuse.

Il faut donc reconnaître que la fréquence du cancer du corps utérin est actuellement mal déterminée. En tout cas, il est un point sur lequel les avis sont unanimes : le nombre des cancers du corps augmente considérablement avec l'âge des femmes et cette affection apparaît surtout après la ménopause.

Nous pourrions citer d'autres statistiques, elles ne nous éclaireraient pas davantage. Deux choses seulement nous semblent devoir être retenues :

La première, c'est qu'on tend de plus en plus à reconnaître une fréquence plus grande au cancer intra-utérin.

La seconde, c'est la prédilection de ce genre de tumeur à apparaître après la ménopause et à un certain âge avancé de la femme.

Rappelons-nous la rareté extrême des autres causes de métrorragie lorsqu'est passée la période critique et nous voyons combien se justifie la conclusion à laquelle nous aboutissons peu à peu, à savoir que : mises à part les causes générales d'hémophilie, la métrorragie après la ménopause est un signe de certitude à peu près absolue de cancer à l'intérieur de l'utérus lorsque les signes fournis par le toucher n'indiquent rien et que l'examen au spéculum est négatif.

CHAPITRE III

PLACE DES MÉTRORRAGIES DANS LE TABLEAU CLINIQUE DU CANCER INTRA-UTÉRIN

Il n'y a pas lieu de faire cliniquement une différenciation de siège anatomique parmi les cancers intra-utérins. La distinction ne pourrait être établie que par les procédés délicats d'investigation intra-utérine dont nous verrons tout à l'heure les inconvénients. Les manifestations symptomatiques de l'affection et les signes que peut fournir un examen par les moyens ordinaires sont les mêmes dans tous les cas. Ils constituent un ensemble qui n'a rien de bien caractéristique tant que le néoplasme n'est pas avancé dans son évolution.

Pour procéder par ordre nous étudierons en premier lieu les phénomènes par lesquels l'état morbide de l'utérus se trahit pour ainsi dire spontanément. Nous nous occuperons ensuite des constatations que pourraient nous permettre de faire le toucher vaginal et l'inspection au spéculum. Nous serons bref sur les modifications de l'état général.

1° *Manifestations symptomatiques.* — Trois symptômes d'inégale valeur signalent le début ou l'évolution d'une néoplasie intra-utérine :

Hémorragies, écoulements, douleurs

Les hémorragies ouvrent ordinairement la scène et marquent le début de l'affection. Elles peuvent survenir soit avant la ménopause, ce qui est rare, soit au moment de la ménopause, ce qui est plus fréquent, soit surtout après la ménopause, âge habituel d'apparition du cancer utérin.

Le caractère de ces métrorragies est essentiellement variable. Tout à fait au début il se produit des écoulements toujours abondants, mais transitoires, séparés les uns des autres par des intervalles plus ou moins réguliers. Une réapparition des règles peut être simulée de la sorte, donnant à la femme l'illusion d'un réveil de l'activité génitale. Aussi, bien souvent ne se préoccupera-t-elle pas de ces pertes de sang.

Par la suite les intervalles séparant ces métrorragies diminuent, le flux est moins abondant et à la longue il s'établit un écoulement faible, mais presque continu. A chaque instant la malade se sent mouillée. La nature anormale de ce phénomène ne fait alors plus de doute pour elle et c'est la plupart du temps seulement à cette période qu'elle se décide à consulter son médecin.

Le tableau que nous venons de tracer est un peu schématique et ne doit pas être pris trop à la lettre. Il répond sans doute à la moyenne des faits, mais il peut arriver que d'emblée les métrorragies soient légères et fréquemment répétées comme d'autres fois

elles peuvent garder jusqu'à une phase avancée de la maladie leur caractère d'abondance et de discontinuité.

Lorsque débutent les métrorragies la lésion cancéreuse est encore minime. Dans un utérus enlevé à cette période il faut souvent un examen attentif pour la découvrir.

Quelques-unes de nos observations nous montreront la petitesse de la tumeur qui est en jeu. Il est bien certain que l'écoulement sanguin ne saurait être alors expliqué par le suintement de la surface ulcérée du cancer. Il est le fait d'un état congestif, répercussion du développement de la néoplasie sur le système vaso-moteur de l'utérus.

Cette action, ainsi que le fait remarquer R. Tesson, est analogue à celle du polype ou du fibromyome. Tardivement le néoplasme lui-même apportera à la métrorragie l'appoint du sang plus ou moins mélangé de sanie qu'il laissera sourdre en ses points d'ulcération.

Exceptionnellement, l'évolution anatomique du cancer est déjà avancée lorsque se produisent les premières métrorragies. Cela explique les faits dans lesquels on a vu un utérus enlevé très peu de temps après le début des accidents présenter déjà des lésions avancées. On a même rencontré des cas inopérables. Cette éventualité ne se présente pas souvent. Quand elle existe on se trouve désarmé contre le cancer.

D'une façon générale, nous pouvons dire que les

hémorragies apparaissent avec le cancer et persistent pendant toute sa durée. On a cependant noté quelques cas de cancers intra-utérins évoluant sans donner lieu à des métrorragies.

Les écoulements autres que les pertes sanguines sont les pertes blanches et les sanies. Les pertes blanches, simple leucorrhée, n'offrent rien de remarquable. Elles apparaissent presque toujours plus tard que les écoulements sanguins, parfois elles sont elles-mêmes légèrement teintées de sang. Leur apparition avant celle de l'hémorragie est également possible. Leur abondance est variable ainsi que leur fréquence. Elles n'ont pas l'odeur caractéristique avant la production des sanies.

A côté de la leucorrhée proprement dite qui n'a par elle-même rien de pathognomonique, on a décrit un phénomène ayant plus de valeur. Il se produisait fréquemment à un stade assez rapproché du début des éancers intra-utérins un écoulement abondant et rapide d'un liquide aqueux plus ou moins louche, souvent de mauvaise odeur. C'est la « watery dis charge » des auteurs anglais. M^lle^ Coutzarida a insisté sur cette hydrorrhée, Bouilly déclare n'en avoir jamais observé pour son compte. Pourtant il est possible qu'on la constate parfois.

L'écoulement sanieux, roussâtre et fétide est un mélange de sang et de pertes blanches plus ou moins souillés par les produits de désagrégation du néoplasme qui a augmenté et se sphacèle. Il est caractéristique mais tardif. Par lui le cancer se signale

nettement, mais lorsque son évolution est avancée.

Les Douleurs accompagnent ces divers phénomènes. Pour la plupart des traités elles présenteraient dans les cas de cancers cavitaires de l'utérus une physionomie caractéristique. On aurait en elles un excellent signe, précoce et typique. Après *Simpson* qui le premier les a décrites tous les auteurs y insistent. Partout on trouve le cliché suivant :

« Le cancer du corps de l'utérus est remarquable par l'apparition rapide des phénomènes douloureux. Ce sont des sortes de crises survenant par paroxysmes, presque à heure fixe dans certains cas. Elles ont souvent un retentissement dans la région lombaire et ne sont pas sans analogies avec les douleurs à type expulsif de l'accouchement. »

Eh bien ! *il faut apporter quelques réserves à cette opinion exagérée et dangereuse*, exagérée car elle est loin de répondre à la majorité des faits depuis que l'on sait mieux les observer, dangereuse car elle expose à attendre pour faire le diagnostic cet élément douleur lequel peut faire défaut d'une façon absolue jusqu'aux périodes les plus extrêmes.

Lorsqu'elles existent les douleurs sont explicables par la présence dans la cavité utérine de la tumeur au contact de laquelle réagit le muscle utérin.

D'autres fois une masse polypeuse obstruant le col, une simple atrésie de ce dernier ou une concrétion à son niveau de sécrétions liquides serait une explication ainsi que l'expose *Bigeard*.

Résumons-nous au sujet des trois signes que nous venons d'exposer :

Les métrorrhagies apparaissent en premier lieu, marquent presque toujours le début et persistent tout le temps de la maladie.

Les écoulements d'une autre nature surviennent en général plus tardivement et ne sont caractéristiques que lorsqu'ils deviennent sanieux, ce qui correspond à un stade avancé de l'évolution du cancer.

La douleur est quoi qu'on en ait dit le plus inconstant et le plus variable des symptômes.

Ces trois symptômes peuvent exister et se combiner à des degrés différents, ce qui donne naissance à diverses formes cliniques de l'affection.

Il existe une forme douloureuse dans laquelle se trouve justifiée la description de *Simpson*.

Il y a une forme hydrorrhéique où l'on voit ces «watery discharges » qu'a étudiées M^lle^ *Coutzarida*.

Il est une forme moyenne dans laquelle on observe quelques métrorragies alternant avec des pertes leucorrhéiques qui progressivement se colorent, parfois des pertes séreuses entraînant des caillots. Le tout est accompagné de douleurs vagues. Rarement et tardivement arrive la sécrétion ichoreuse.

Dans chacune de ces trois formes la métrorragie joue un rôle important. Pourtant il y a plus :

Le plus habituellement, nous dit *Tesson*, « *les accidents hémorragiques résument à eux seuls toute la symptomatologie et on peut dire que la forme hémorragique est la plus commune* ».

2° *Examen clinique de l'utérus.* — Si nous cherchons par les moyens ordinaires d'exploration à nous rendre compte de l'état de l'utérus, que trouvons-nous ?

Le toucher vaginal d'abord nous fera sentir un col le plus souvent normal, parfois ramolli (*Bigeard*) parfois entr'ouvert, bref rien qui puisse être considéré comme indice d'une affection déterminée.

L'utérus paraîtra plus ou moins augmenté de volume, plus ou moins globuleux, parfois analogue en volume et en consistance à un utérus gravide de deux mois.

Le spéculum ne donnera aucun renseignement utile.

3° *Etat général.* — Nous parlerons des troubles de l'état général seulement pour dire que dans les cancers à développement intra-utérin ils ne se produisent qu'aux périodes ultimes de l'évolution. Le néoplasme a la faculté de s'accroître chez une femme présentant toutes les apparences d'une santé parfaite.

Dépérissement, anorexie, cachexie, teint spécial, etc. ne se montrent que lorsque la tumeur a gagné du terrain et est devenue inopérable.

Nous avons fait une étude clinique d'ensemble des cancers intra-utérins et elle nous démontre qu'au début tout au moins *la métrorragie est la seule manifestation de l'affection.*

Celle-ci ne trouble pas l'état général et ne se révèle à aucun des moyens simples d'exploration utérine.

CHAPITRE IV

CONDUITE A TENIR EN PRÉSENCE DE MÉTRORRAGIES D'APPARENCE ESSENTIELLE APRÈS LA MÉNOPAUSE

Un premier chapitre nous a fait concevoir que suivant toute vraisemblance les hémorragies utérines d'apparence essentielle se produisant après la ménopause devaient être rapportées à un cancer intra-utérin. Nous avons vu plus loin, par l'étude symptomatologique de ces néoplasmes, que la perte de sang est, au moins au début, le seul signe qui les traduise.

D'un autre côté rappelons que tous les chirurgiens sont unanimes sur la nécessité d'opérer de bonne heure et d'opérer largement les affections néoplasiques. Plus l'intervention porte sur une lésion ayant débuté depuis peu, plus elle sera favorable.

A l'utérus nous sommes en présence d'un organe facile à extirper dans sa totalité, nous le trouvons à une période où sa vie physiologique est terminée, ce sont là des conditions idéales. Le genre d'intervention qui doit être proposé sera discuté plus loin ; pour le moment c'est l'opportunité même de l'intervention qui est en jeu.

Si nous avions un diagnostic ferme de cancer utérin nous n'hésiterions pas. Si nous pouvions voir ou toucher la tumeur, l'opération serait faite immédiatement.

Mais là nous nous sommes placé dans des conditions particulières ; nous ne connaissons qu'une chose de l'utérus malade : c'est qu'il saigne. Aucun autre symptôme ne nous est fourni si ce n'est le fait négatif d'absence de tout état hémophile.

Devons-nous porter le diagnostic de cancer ?

Oui, à notre avis.

Qu'attendrions-nous en effet pour nous déterminer ?

Serait-ce l'apparition des autres symptômes (écoulements, douleurs, augmentation de volume de l'utérus, amaigrissement, etc ;). Nous avons cependant vu que la leucorrhée n'a par elle-même aucune signification particulière, que l'écoulement ichoreux fétide est un phénomène tardif. Il survient parfois à la période ultime alors que le cancer a gagné en étendue et en profondeur, alors qu'il est ulcéré et que les cellules néoplasiques ont pu pénétrer dans les vaisseaux et être emportées dans le torrent circulatoire pour constituer ailleurs des métasstases ; alors que localement même, malgré l'extension relativement peu rapide des cancers intra-utérins, la néoplasie a pu être suffisamment envahissante pour rendre illusoire l'ablation des parties atteintes. La pratique a montré également quel cas il fallait faire des douleurs dites caractéristiques qui sont en fait la manifestation

morbide la plus variable et la plus inconstante du néoplasme. Celui-ci peut arriver à ses dernières étapes sans l'avoir fait apparaître.

Quelle certitude nous fournira le toucher vaginal que nous avons pratiqué et qui nous a donné la sensation d'un col plus ou moins entr'ouvert, plus ou moins ramolli correspondant à un utérus plus ou moins augmenté de volume (mais jamais beaucoup). Est-il description plus équivoque, pouvant convenir même à une simple métrite?

Patienterons-nous jusqu'à ce que le spéculum nous renseigne de façon sûre? Il faudrait pour cela qne le cancer s'étendant de proche en proche arrivât jusqu'à l'ouverture du col. Ce processus d'extension est le plus rare de tous et pendant qu'armé de notre spéculum nous guetterions l'apparition d'une lésion probante à l'orifice utérin, la néoplasie suivant sa marche habituelle dans les cancers du corps gagnerait de proche en proche, s'infiltrant dans la profondeur des parois, allant rarement dans le ligament large, mais pouvant toucher la couverture séreuse, atteindre même l'ovaire ou l'intestin (cæcum, anse sigmoïde).

Peut-être arrivé à un tel développement le néoplasme donnerait-il naissance à des symptômes plus nombreux et plus typiques que la simple métrorragie. Le diagnostic s'imposerait et on aurait toujours la consolation de faire un traitement palliatif. Le but que nous nous proposons est tout autre.

Ce serait folie d'attendre l'état général mauvais, le teint spécial, la cachexie cancéreuse.

Nous ne demanderons donc pas à l'évolution de la maladie de nous fournir un complément de diagnostic.

Les moyens d'exploration intra-utérine

Personne, du reste, parmi ceux qui se sont occupés de cette question, ne conseillerait une telle conduite. On a cherché à perfectionner les procédés d'investigation clinique de manière à se procurer les preuves définitives que l'on juge indispensables. Le cancer ne se révélant pas, puisque pour beaucoup l'hémorragie n'est pas une révélation suffisante, on va à sa recherche.

Hystéroscopie. — Par analogie avec le spéculum qui permet de voir les lésions du col, on a tenté d'apercevoir directement le cancer du corps. On a préconisé à cet effet l'hystéroscopie. Cette méthode s'est heurtée dans la pratique à de telles difficultés pour aboutir à des résultats à peu près nuls qu'elle est aujourd'hui complètement abandonnée.

Toucher intra-utérin. — Par analogie avec le toucher vaginal on a fait le toucher intra-utérin. Cette exploration est encore recommandée par un grand nombre de chirurgiens et elle a donné entre leurs mains d'excellents résultats. Elle nécessite comme première manœuvre la dilatation du col. Celle-ci peut être obtenue soit extemporanément à l'aide de bougies d'Hégar ou au moyen de manœuvres digitales, soit lentement par les tiges laminaires. On

donne la préférence à la méthode lente qui offre moins de dangers. Il ne faut pas oublier, en effet, que l'on agit sur des utérus vieux ayant un certain degré de sclérose, porteurs de lésions probables et dont le col est atrésié.

Avec une dilatation rapide des déchirures sont à craindre. La dilatation par les laminaires n'a pas ces inconvénients. Il importe de la faire avec beaucoup de précautions, la tige étant changée tous les jours ou tous les deux jours. Il peut arriver que cette pression continue pendant plusieurs jours donne à certains points de la muqueuse un aspect dangereux dont il faut être averti pour ne pas le confondre avec une lésion d'un autre ordre. La manœuvre est en somme longue, elle est parfois douloureuse, elle peut exposer à des infections. En revanche s'il s'agit d'un cancer intra-cervical, d'un cancer de l'isthme ou de la partie inférieure du corps le toucher pratiqué par un doigt expert donnera de bons renseignements.

Malheureusement un toucher négatif ne prouvera pas l'absence d'un cancer. Celui-ci pourra être haut situé, au niveau d'une corne utérine par exemple, ou bien son développement intra-cavitaire sera insignifiant et la néoplasie fera la plus grande part de son évolution dans l'épaisseur même de la paroi. Il n'y a en effet aucune proportion entre le volume intra-cavitaire de la néoformation et la profondeur de l'infiltration.

Voilà donc une manœuvre longue, souvent pénible pouvant exposer à l'infection *qui n'a de valeur que*

lorsqu'elle est positive. Ne vaudrait-il pas mieux s'en abstenir que retarder l'œuvre utile du chirurgien ?

L'hystérométrie (mensuration de la cavité utérine) est de pratique courante dans diverses affections. On l'a conseillée pour les cas qui nous intéressent. Elle ne fournit cependant pas de résultats appréciables. En outre une paroi utérine infiltrée d'éléments néoplasiques en certains points pourrait se laisser perforer par l'hystéromètre. Si des précautions minutieuses sont prises cet accident ne sera pas très fréquent, mais étant donné le peu de valeur en vue du diagnostic de la manœuvre exploratrice dont il peut être la conséquence, nous préférons ne pas y exposer la malade.

Le curettage explorateur est par contre un mode d'investigation hautement prisé et couramment employé par les cliniciens. Il fournit des renseignements d'une très grande importance. C'est là le principal argument que l'on opposera à la règle de conduite que nous soutenons ; on nous dira :

« Au fond nous sommes tous du même avis au sujet de la signification habituelle des métrorragies survenant après la ménopause. S'il n'y a rien au col utérin on peut dire qu'il s'agit presque toujours de cancers cavitaires. Il faut néanmoins tenir compte des exceptions à cette règle, l'hémorragie pouvant être due à un fibrome calcifié ou même à une métrite. Pourquoi se priver alors d'une exploration à la curette qui dans bien des cas fournirait des données

positives et éviterait peut-être parfois une opération malgré tout sérieuse ? »

Telle est à peu près textuellement l'objection présentée par M. *Morestin* lors de la communication de M. *Reymond* à la Société Anatomique (janvier 1908).

Chevassu parle dans le même sens : « Il y a longtemps, dit-il, que mon maître, le professeur Quénu, enseigne que toute femme qui a des pertes sanglantes ne fût-ce que quelques gouttes après la ménaupose doit être considérée comme suspecte de cancer utérin. Dans son service toutes ces femmes sont immédiatement curetées et l'examen histologique des produits du curettage est fait minutieusement. Pourquoi se priver volontairement d'un pareil élément de diagnostic ? N'y a-t-il pas danger dans la lutte contre le cancer à se lancer de plein gré dans des opérations volontairement excessives ? »

La thèse de *R. Tesson* à laquelle nous avons fait de nombreux emprunts pour la description clinique du cancer du corps utérin aboutit comme conclusion pratique en présence du caractère vague de la symptomatologie à conseiller de faire chez toute femme perdant du sang au moment et surtout après sa ménopause un curettage explorateur. Même conseil est répété dans tous les traités de gynécologie ou de chirurgie générale.

Il peut sembler bien hardi de laisser de côté un procédé d'exploration auquel les cliniciens ont tant de confiance. Pourtant nous soutenons que dans les cas qui nous occupent il est inutile et peut même

devenir nuisible. Notre opinion peut s'exprimer en ces termes : « Après la ménopause, l'apparition de l'hémorragie utérine nous suffit pour permettre de faire le diagnostic de cancer cavitaire (lorsque l'examen au spéculum est négatif) avec le minimum de chances d'erreur que comporte un tel diagnostic. »

Supposons que nous fassions un curettage suivi d'examen histologique. S'il est positif, il nous donnera une certitude absolue ; mais s'il était négatif pourrons-nous conclure à l'absence de cancer et être rassurés avec juste raison?

Evidemment non ; même avec un néoplasme en voie d'évolution, les résultats peuvent être négatifs et ceci pour plusieurs raisons :

D'abord la limitation et l'exiguïté de la lésion peuvent lui permettre d'échapper à la curette si l'exploration n'est pas conduite avec méthode. Quelle que soit même l'attention et l'habileté de l'explorateur, il est certaines tumeurs que leur petitesse ou leur situation spéciale en un point éloigné et difficile à atteindre comme le sont les cornes utérines mettent à l'abri des recherches d'un instrument forcément aveugle. D'autres fois on recueille de simples parcelles minuscules qui se perdent au milieu des débris de la muqueuse saine. Ajoutons que la technique de l'examen biopsique est difficile et délicate. Autrefois, alors que pour pouvoir faire un véritable diagnostic histologique il fallait, ainsi que l'ont exposé *Cornil* et *Brault*, pouvoir examiner les glands dans leur profondeur, les débris ramenés par

la curette étaient rarement dans les conditions voulues. Aujourd'hui, bien que la tâche ait été simplifiée par la connaissance que l'on a des caractères différentiels de la cellule cancéreuse, elle n'en reste pas moins difficile. « Les examens histologiques, reconnaît R. Tesson, nécessitent une réelle compétence et une grande patience. On doit multiplier les coupes sous peine de laisser passer des points significatifs. Les cellules sont très inégalement atteintes, on peut n'en découvrir qu'une de ci, de là qui présente les aspects caractéristiques. « Que de chances d'erreur, et d'une erreur grave, car un examen négatif doit logiquement conduire les partisans systématiques de curettage explorateur à l'abandon au moins momentané du diagnostic de cancer et au rejet de la solution radicale.

C'est donc, s'il y a erreur, un délai accordé à l'évolution de la maladie. Profitant de la défiance endormie, elle se développera jusqu'au jour où des faits plus précis s'ajoutant aux pertes sanguines donneront la certitude d'un néoplasme et trop souvent en surplus la notion de son inopérabilité.

S'il en est autrement, si la constatation de résultats négatifs ne doit pas faire délaisser l'idée de cancer, à quoi bon pratiquer le curettage ? Si nous le faisons nous nous engageons par le fait même à nous incliner devant les données qu'il nous apporte. Lorsque parmi les débris qu'il recueille nous ne trouvons pas d'éléments cancéreux, nous ne devons plus diagnostiquer le cancer. En vérité, après ce que nous avons vu concernant les causes des métrorra-

gies post-ménopausiques, après ce que nous savons de l'évolution sourde du cancer intra-utérin, après les possibilités d'erreur ayant pu intervenir pour rendre négatifs les résultats d'un examen biosique, c'est une solution à laquelle nous ne saurions nous résoudre.

Puisqu'un examen négatif n'entraînerait pas notre conviction, nous croyons ne pas devoir employer le curettage explorateur, d'autant plus que nous avons la prétention d'agir au niveau de la néoplasie, c'est-à-dire à un moment où mal développée elle a le plus de chances possibles de se dérober à la curette. Par contre elle se trouve dans les meilleures conditions d'opérabilité.

Il est bien entendu encore une fois que c'est seulement pour les cas de métrorragies après la ménopause que nous conseillons cette conduite, parce qu'à cette période le cancer est à peu près la seule explication plausible de semblables phénomènes (les causes générales d'hémophilie mises à part). Avant et au moment de la ménopause où l'étiologie des pertes sanguines est diverse, le curettage explorateur sera nécessaire, nous l'avons déjà indiqué au cours de notre chapitre sur les causes des hémorragies utérines.

Après la ménopause, le diagnostic nous paraît suffisamment probable pour se passer de cette exploration qui constitue du reste une opération véritable. Il faut une anesthésie, elle affaiblit un organisme que l'on doit ménager, car suivant une

expression imagée « chair cancéreuse est faible ». Il est fâcheux d'exposer la femme avant l'intervention définitive à de semblables traumatismes et à des anesthésies générales. N'oublions pas que nous sommes en présence de malades âgées.

On a accusé en outre le curettage d'exposer à la perforation, mais celle-ci peut être évitée avec de la discrétion dans les manœuvres de raclage. On a parlé de vaisseaux ouverts, de cellules cancéreuses mises en liberté pouvant être lancées dans la circulation et causer des métastases, on a parlé de coup de fouet donné à la marche envahissante du cancer ce qui rendrait plus dangereux le retard d'intervention définitive qu'impose l'intervention exploratrice. *De Bovis*, professeur à l'Ecole de Reims, a protesté dans la *Semaine médicale* (août 1909) contre ce qu'il peut y avoir d'exagéré dans ces accusations. Nous n'avons pas besoin de noircir le tableau à ce point *pour laisser de côté un procédé d'investigation qui peut, en étant négatif, rassurer dangereusement sur la nature de la lésion utérine et qui d'autre part, même positif n'est pas sans inconvénients.*

Le traitement spécifique d'essai. — Doit-on enfin, comme le conseille en particulier *Goldenstein* en conclusion de sa thèse sur les métrorragies d'origine syphilitique tenter, de parti pris, dans tous les cas le traitement spécifique iodo-mercuriel. Nous dirions oui si cette manifestation de la syphilis était fréquente. Mais comme le traitement spécifique retarderait le traitement chirurgical, comme d'autre part

il pourrait avoir sur l'évolution du néoplasme l'influence néfaste qu'on lui a constatée sur le cancer de la langue, nous ne pensons devoir l'essayer que chez les femmes nettement syphilitiques et ayant eu d'autres lésions avérées de même nature. On ne trouvera pas notre réserve trop grande lorsqu'on voit dans la statistique de *Goldenstein* qu'on connaît actuellement, au total et non pas seulement après le ménopause une cinquantaine d'observations de métrorragies d'origine syphilitique dont quelques-unes sont discutables au plus haut degré.

Nous avons passé en revue tous les moyens qui s'offraient à nous pour compléter le diagnostic sur la voie duquel l'apparition des métrorragies après la ménopause nous avait conduit. Ces moyens nous ont semblé présenter plus d'inconvénients que d'avantages. Ils nous font perdre du temps, fatiguent les malades et n'ont de valeur que lorsqu'ils sont positifs. Nous croyons donc avoir avantage à nous contenter dans de telles conditions de l'élément hémorragies utérines pour étayer notre diagnostic de cancer. Nous risquons peu de nous tromper et nos erreurs seraient moins graves que celles qui pourraient être faites en sens opposé. Or, la seule chose qui puisse faire hésiter en dehors de toute contre-indication d'ordre général à tenter une opération radicale c'est l'incertitude du diagnostic.

Puisque l'hémorragie nous suffit à faire ce diagnostic nous interviendrons le plus tôt possible après l'apparition de l'hémorragie. « Dépister le cancer

aussi près que possible de son début, déclare *R. Tesson,* c'est-à-dire au moment où son exérèse strictement totale est possible, perfectionner d'autre part les moyens d'exérèse, tel est le double but vers lequel doivent tendre nos efforts. » Ailleurs dans les *Annales de Gynécologie 1908* nous lisons une conférence du professeur *Guillaume Rossin* de l'Université de Lausanne, où il est insisté sur la nécessité d'examiner à fond une femme entrée dans l'âge critique et qui perd du sang après une cessation plus ou moins longue de ses règles. « Les autres symptômes, dit-il, sur lesquels on insiste trop sont loin d'avoir la même importance. »

Nous allons encore plus loin : le symptôme métrorragie nous paraît suffisant après la ménopause pour nous entraîner à l'acte opératoire.

CHAPITRE V

LA POSSIBILITÉ D'ERREUR

Est-ce à dire qu'il n'y ait jamais chance de quelque erreur ? Nous n'avons pas une semblable présomption. D'autres causes que le cancer peuvent occasionner des hémorragies utérines après la ménopause. Nous les avons exposées nous-même, mais nous avons également montré quelles raisons nous avons de n'en pas tenir compte en pratique. Rappelons-les encore.

Dans les cas de métrites ou de fibromes l'affection a débuté pendant la vie génitale de la femme. Si les métrorragies se montrent à nouveau après la ménopause elles ne signalent pas un nouvel état pathologique, mais indiquent la non-cessation de celui qui existait auparavant. Il y a là une profonde différence. Certes, ces cas eux-mêmes sont douteux et il n'est pas dit qu'un cancer ne soit pas venu se surajouter ou se substituer à l'affection préexistante ; toutefois l'hésitation sera permise et l'intervention de la curette nécessaire.

On peut dire d'une façon générale qu'il est exceptionnel de prendre après la ménopause une affection

quelconque de l'utérus pour un cancer et que l'erreur contraire serait la plus fréquemment possible.

C'est souvent, déclare *Tesson*, que l'on rend responsable une métrite hémorragique et rien, à la vérité, si ce n'est l'âge et l'augmentation de volume de l'utérus quand elle existe et que l'état de la paroi abdominal permet de la constater, ne peut aiguiller le diagnostic vers la dégénérescence maligne.

Zimmern dans son ouvrage sur « le traitement électrique des hémorragies utérines » dit « qu'après la ménopause c'est le cancer du corps dont il faut redouter l'existence mais que l'apparition d'une métrorragie ne devra pas en imposer d'emblée et faire croire à une tumeur maligne, car c'est surtout à cet âge que leurs caractères d'abondance et d'irrégularité permettent de les attribuer à l'angio-sclérose et à la sclérose totale de l'organe ». Tel n'est pas notre avis, et si nous parcourons les observations de *Zimmern* nous n'en trouvons aucune qui vienne confirmer ce qu'il avance. Lorsque les causes qu'il cite ont à agir, elles le font au moment même de la ménopause. Une seule fois il cite des métrorragies chez une femme ayant dépassé l'âge critique ; or elle souffre depuis longtemps d'un fibrome apparu avant sa ménopause. De plus elle a une double lésion cardiaque avec hypertrophie qui empêche tout traitement opératoire et qui pourrait à la rigueur suffire à expliquer les pertes sanguines. Nous aurions en effet pu placer les maladies de cœur dans notre énumé-

ration des affections hémorragiques à retentissement utérin possible.

Il y a un utérus cardiaque comme un poumon ou un rein cardiaque. (*Dalché. Les métrorragies dans les affections cardiaques.*) La malade en question a été soumise au traitement électrique et a été suivie un an après (obs. XIX de la thèse de *Zimmern* sur le *Traitement électrique des métrorragies*). Il n'y a pas là les éléments suffisants pour nous faire renoncer à l'opinion que nous soutenons.

En diagnostiquant hardiment cancer dans les conditions indiquées par nous et en agissant conformément au diagnostic nous ne risquons presque pas de nous tromper, et encore moins de causer un préjudice grave. Ne pas diagnostiquer et traiter à temps un cancer intra-utérin serait une erreur plus redoutable... et plus facile aussi. Combien de fois en présence d'hémorragies d'allure bénigne survenant après la disparition des règles n'a-t-on pas pensé à une congestion passagère, voire à un invraisemblable retour du printemps. On incriminera aisément toutes les causes bénignes qu'on pourra imaginer, on supposera à la rigueur un peu d'infection. Mais que de peine on aura à prononcer le mot de cancer devant une femme en pleine santé qui perd un peu de sang hors de saison. C'est pourtant en prononçant ce mot et en indiquant les suites qu'il comporte qu'on sera dans le vrai et qu'on se mettra à même d'obtenir une guérison radicale.

Nous croyons utile de citer tout au long comme

exemple frappant un article publié par *Chaleix* dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* en 1898 alors que la notion de cancer intra-utérin, tout en commençant à être très en vue, était moins bien connue que de nos jours.

« Dans une précédente séance on avait discuté sur la question des hémorragies utérines après la ménopause et certains d'entre nous les avaient attribuées à la métrite sénile, d'autres les avaient attribuées à l'altération néoplasique de la muqueuse utérine.

« Moi-même, à l'appui de la première de ces thèses, j'avais rapporté l'observation d'une femme de cinquante-cinq ans atteinte une dizaine d'années après la ménopause de pertes de sang. Son col était sain, *l'endomètre exempt de fongosités* et ce symptôme fut rattaché à l'atrophie de la muqueuse. Ces hémorragies cédèrent à des badigeonnages intra-utérins de glycérine créosotée suivis d'injections très chaudes. Elles ne reparurent plus pendant plus d'un an et aucun état néoplasique ne se manifesta. Cette femme cessa de me voir pendant trois ans ; elle resta deux ans sans perdre de sang. Quand je la revis au bout de trois ans, elle souffrait énormément, avait des hémorragies et des pertes sanieuses accompagnant une tumeur volumineuse, globuleuse qui était manifestement un cancer de l'utérus. Elle dut entrer à l'hôpital de Pellegrin où elle ne tarda pas à succomber aux progrès de son néoplasme.

« Par conséquent chez cette malade un néoplasme

de l'utérus se développa longtemps après à la suite d'une simple endométrite sénile.

« Il en fut de même dans un autre cas, chez une femme âgée que je vis au commencement de ma pratique médicale. Elle me consulta pour des hémorgies qui cédèrent au traitement que j'instituai puis succomba plusieurs années après à une néoplasie utérine. »

Nous n'ajouterons aucun commentaire à la communication de Chaleix ; nous adoptons sa conclusion sous réserve que le pronostic nous semble devoir être très considérablement éclairci par l'intervention précoce.

Une communication du *Dr Desmons* fait suite à celle de *Chaleix*. Il s'agit d'un cas de cancer du corps utérin se manifestant par de simples métrorragies neuf ans après la ménopause.

Bien d'autres exemples pourraient être mis en lumière et la contre-partie nous serait fournie par l'histoire que narra Handfield. Jones dans ses *Leçons cliniques sur le cancer de l'utérus* et que R. Tesson relate dans sa thèse.

« Il s'agit d'une malade de soixante ans qui était atteinte depuis dix-huit mois de pertes rouges irrégulières. On trouva inséré au fond de l'utérus un petit polype dont on fit l'ablation et l'examen histologique. Cet examen fit conclure à une tumeur de nature maligne. L'hystérectomie fut donc proposée et la malade la refusant fut avertie ainsi que son entourage du danger auquel elle s'exposait... Cepen-

dant huit ans après cette même personne toujours en excellente santé témoignait peu de respect pour les prophéties médicales. »

Nous n'essaierons pas de nier que dans un cas de ce genre notre méthode nous aurait amené à faire une hystérectomie inutile ; mais l'examen biopsique ne nous en aurait pas empêché puisque lui-même dénonçait un cancer.

Qu'en conclure, sinon que même dans les diagnostics en apparence les mieux assis, il y a toujours une part d'aléa. Lorsque nous nous basons sur la simple métrorragie pour croire à l'existence d'un cancer, nous ne saurions prétendre échapper à cette règle. Mais nous avons vu que nos chances d'erreur sont exceptionnelles et que des moyens d'investigation plus profonde n'étaient pas sans inconvénients et retardaient notre action tout en ne pouvant pas nous fournir la certitude absolue et même parfois risquant de nous donner une sécurité trompeuse.

Considérant, d'autre part, les avantages énormes que l'on procure à une malade en lui enlevant un cancer du corps de l'utérus le plus près possible du début de l'affection, nous estimons que :

« Chaque fois qu'une femme ayant dépassé l'époque de la ménopause présente des hémorragies utérines, s'il n'existe pas de causes générales d'hémophilie et alors que l'examen au spéculum est négatif, on doit pratiquer d'emblée l'hystérectomie abdominale totale. »

Nous ajouterons avec notre maître le D *Reymond*

que les avantages que l'on procure à une malade en lui enlevant de très bonne heure un utérus cancéreux sont tels que le jour où par extraordinaire il arrivera d'enlever chez une femme âgée un utérus atteint seulement de métrite hémorragique les regrets devront être médiocres. D'autant plus que l'on aura supprimé un organe malade et dont la vie physiologique est terminée.

Les cas de Chaleix que nous avons cités plus haut nous montrent du reste combien les regrets pourraient devenir plus amers si on n'avait pas fait cette ablation.

CHAPITRE VI

HYSTÉRECTOMIE TOTALE PAR LA VOIE ABDOMINALE

Etant arrivés à la conception d'une opération radicale précoce, il nous faut parler brièvement du mode d'intervention que nous avons choisi.

C'est l'hystérectomie abdominale totale.

Nous ne ferons pas une description de technique chirurgicale qui ne serait qu'une redite : nous renvoyons pour cela aux ouvrages spéciaux. Nous ne reprendrons pas non plus à notre compte toutes les discussions qu'ont soulevées ces sujets.

Elles ont donné lieu à des études détaillées complètes et n'ont pas leur place ici. Nous voulons indiquer simplement les raisons de nos préférences.

L'hystérectomie totale nous paraît plus logique. Elle répond mieux à la définition idéale de l'opération pour cancer : faire l'exérèse la plus large possible de toutes les parties qui peuvent être atteintes. Or ici nous sommes dans des conditions particulièrement favorables. Le cancer évolue dans un organe nettement individualisé dont les rapports anatomiques et les connexions sont bien sues, dont l'abla-

tion est méthodiquement réglée. D'autre part le néoplasme intra-utérin a relativement peu de tendances à se propager par voie lymphathique. A l'époque où nous le considérons, l'utérus n'a plus de vie fonctionnelle. Pourquoi voudrions-nous laisser un morceau de l'organe lésé qui peut être une cause de récidive d'autant plus facile qu'il a dû subir le traumatisme opératoire et d'autant plus dangereuse qu'elle gagnera rapidement les tissus du voisinage où le bistouri ne pourra efficacement la poursuivre? Nous avons cherché à nous procurer une chance de guérison définitive, à nous assurer une intervention aussi favorable que possible en opérant tôt, sans tâtonnements prémonitoires ; nous ne serions pas conséquents avec nous-mêmes si nous nous exposions pas une exérèse incomplète à perdre le bénéfice de notre audace.

Nos craintes au sujet de la subtotale sont loin d'être chimériques ; des cas de cancer du col ont pu être observés à la suite de semblables opérations. D'autres fois on a vu des cas de cancer du col méconnus par l'examen au spéculum confirmer nos défiances vis-à-vis d'un procédé qui n'enlève pas cette portion de l'utérus. Une pièce semblable fut présentée à la Société Anatomique le jour même où le Dr *Reymond* fit la communication qui est le point de départ de notre thèse.

La question de la voie abdominale pourrait être plus contestée. Au sujet de la voie à suivre pour pratiquer l'intervention, les avis ont été très partagés

suivant les auteurs et chez le même chirurgien on a vu pencher la balance tantôt pour la laparotomie, tantôt pour l'extraction vaginale. Ne ressuscitons pas cette querelle. Une thèse a été faite à Paris en 1906 par *Bilhaut* sur *l'Evolution du traitement chirurgical du cancer utérin*. Il suffit de s'y reporter. Nous n'en adoptons pas les conclusions favorables à la voie vaginale pour les raisons que nous exposerons plus loin. Pour reconnaître les progrès qu'a faits dans la pratique l'hystérectomie par la voie haute il faut lire deux éditions différentes du *Traité de Gynécologie* de *Pozzi*.

L'édition de 1897 disait : « Je crois qu'on peut hardiment poser en principe que tout cancer dont l'extirpation par la voie vaginale est impossible, n'est plus justiciable que d'un traitement palliatif ».

Dans l'édition de 1905 nous lisons : « La voie abdominale est l'opération de choix à la condition de ne pas la compliquer des recherches ganglionnaires pratiquées de parti pris, d'excisions cellulaires et de dissection des uretères. Quant à la vaginale, sans être formellement repoussée, elle n'est réservée qu'aux cas à stricte limitation du museau de tanche. »

La voie vaginale a cependant trouvé un ardent défenseur en la personne de *Richelot* qui, dans son *Traité sur les maladies des femmes* prononce en sa faveur un chaleureux plaidoyer suivi d'une charge à fond contre la voie abdominale. Les élèves de Riche-

lot emploient encore avec succès la voie vaginale suivant les indications de leur maître.

Il est certain que dans les conditions éminemment favorables où nous nous plaçons pour opérer le cancer, c'est à une époque où il débute à peine, les deux voies peuvent être employées avec succès et que le choix sera souvent dicté par des préférences inhérentes à l'esprit même du chirurgien, à ses habitudes professionnelles, etc.

Quant à nous, nous trouvons certains avantages à la voie abdominale. Tout d'abord puisque l'évolution néoplastique débute et que nous sommes en présence de cancers du corps nous ne penserons pas à des diffusions cellulo-ganglionnaires dans le petit bassin et nous ne serons pas tenté de pratiquer ces fouilles, excisions et dissections que le professeur Pozzi signale comme un écueil.

Nous ne disons pas qu'elles ne puissent pas dans certains néoplasmes être utiles, nécessaires même et l'opération de Wertheim n'est pas sans résultats, mais notre ambition est justement de ne pas attendre une période d'évolution nous obligeant à des délabrements semblables.

La voie abdominale offre l'avantage appéciable de nous mettre à l'abri des surprises. Dans notre étude étiologique des métrorragies nous avons eu à parler des affections annexielles et nous avons montré qu'on ne peut presque jamais les incriminer après la ménopause. Cependant il est acquis que certains kystes ou certains cancers de l'ovaire peuvent être

en jeu. C'est alors que la voie abdominale nous permettra d'arriver à un résultat utile malgré un diagnostic défaillant. Nous ne ferons pas argument de l'existence possible d'une ectasie de l'artère utérine. C'est par trop rare.

D'autres fois le cancer sera plus avancé qu'on ne le croyait ; il se sera infiltré à la couverture séreuse, aux ligaments utérins, au repli appendiculo-ovarique, voire à l'intestin (cæcum, anse sigmoïde) ; ou bien il y aura coïncidence d'un cancer intra-utérin et d'un cancer de l'ovaire. La voie abdominale nous préservera des surprises désagréables et des opérations incomplètes. Nous avons justement trouvé dans les *Annales de Gynécologie* un cas publié par MM. Viollet et Adler (de Lyon) concernant un cancer du corps utérin propagé au péritoine. C'est à l'opération qu'on s'aperçoit de cet envahissement.

Dans une leçon clinique faite cette année même et reproduite dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* de juillet 1903, M. le professeur *Hartmann* disait : « Un fait aujourd'hui acquis, c'est que l'opération abdominale est supérieure à l'hystérectomie vaginale tant au point de vue des résultats immédiats qu'à celui des résultats éloignés », et plus loin : « La mortalité opératoire dans le cancer du corps est à peu près nulle. »

Chez les femmes âgées, aux tissus plus ou moins sclérosés l'emploi de la voie vaginale peut obliger à des morcellements de l'utérus, nécessité toujours regrettable.

L'époque où nous cherchons à surprendre le cancer simplifie encore l'opération. Nous n'aurons pas à faire le curettage de propreté pré-opératoire, nous aurons moins de craintes de déchirer l'utérus en l'extrayant, nous n'aurons pas de causes d'infection du péritoine autres que celles qui sont inhérentes à toute laparotomie.

Pour la description détaillée de la technique nous renvoyons à la leçon de M. le professeur *Hartmann*.

Quant aux résultats nous les croyons *a priori* excellents et dans quelques cas que nous avons pu observer la méthode que nous préconisons a donné pleine satisfaction. Les statistiques de résultats que donne le professeur *Hartmann* pour les cancers du corps sont déjà très satisfaisantes. Nul doute qu'elles ne soient encore améliorées par une intervention très précoce, d'aucuns diraient même prématurée si l'on pouvait employer ce mot lorsqu'il s'agit de lutter contre le cancer. Nous répétons donc :

« En présence d'une femme présentant *après sa ménopause* des métrorragies en dehors de toute cause générale d'hémophilie et lorsque l'examen au spéculum est négatif nous diagnostiquons cancer se développant dans la cavité utérine, et sans explorations plus ou moins pénibles pouvant nous retarder ou même nous dérouter, nous conseillons l'hystérectomie totale par voie abdominale faite le plus tôt possible. »

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

Nous allons rapporter les observations de quelques cas cliniques dans lesquels a été appliquée la règle de conduite que nous préconisons. Notre statistique de faits est encore peu nombreuse, car l'opération radicale systématique des utérus hémorragiques après la ménopause n'est pas encore entrée dans la pratique courante. Souvent du reste les malades peu effrayées tardent à venir consulter leur médecin. Il y a à ce point de vue une éducation des femmes qu'il est nécessaire de faire si l'on veut pouvoir lutter efficacement contre le cancer. Quoi qu'il en soit, lorsque notre méthode a pu être appliquée, elle a donné de bons résultats et l'examen de l'utérus après son exérèse a montré l'existence d'un cancer reconnaissable macroscopiquement ou microscopiquement. Nous sommes persuadé que des essais plus nombreux nous donneraient encore raison.

Une de nos observations fera ressortir la nécessité d'intervenir de très bonne heure en montrant que rapidement après le début des métrorragies la tumeur a pu être trouvée inopérable. On n'a donc pas de temps à perdre si l'on veut obtenir la guérison.

OBSERVATION I

(Service de chirurgie de la Maison départementale)

P... Amélie, quarante-neuf ans, entre dans le service du Dr Reymond le 7 janvier 1907.

Réglée régulièrement depuis l'âge de quinze ans.

Pas d'enfants. Ménopause à quarante six-ans.

Six mois avant son entrée dans le service elle a vu apparaître des *hémorragies utérines ;* elles sont irrégulières, peu abondantes, mélangées de débris fétides.

Aucun autre symptôme d'épithélioma, ni au toucher ni au spéculum.

Le cul-de-sac vaginal postérieur est rempli par le corps de l'utérus, lequel est séparé du col par un sillon dont on sent le fond.

Les annexes ne sont pas sensibles.

Opération. — 17 janvier 1909. — L'utérus sauf la rétroflexion ne présente pas de lésion apparente.

Incision sous-ombilicale. On constate en passant une lésion appendiculaire. Le fond de l'utérus en rétroflexion est mobile.

Hystérectomie totale facile. Surjet péritonéal. Appendicectomie d'un appendice gros, congestionné, enfouissement du pédicule vasculaire et appendiculaire dans un manchon séreux au moyen d'un surjet.

Fermeture de la paroi en trois plans. Emploi unique de catgut, pas de drainage.

Faible poussée fébrile n'atteignant pas 39 degrés dans les jours suivants. Guérison en vingt jours.

Examen de la pièce. — Macroscopiquement on observe à l'ouverture de la cavité utérine un *épithélioma au début* remplissant la corne gauche. La tumeur a le volume d'un noyau de pêche ; elle est très découpée et friable.

L'examen microscopique des préparations histologiques a été pratiqué et a confirmé la nature maligne de la tumeur.

Voilà donc une femme chez laquelle la néoplasie se manifestait uniquement par un écoulement de sang. Il est vrai que celui-ci était mélangé de quelques débris fétides ce qui tendait à confirmer le diagnostic. Cependant il y avait en même temps rétroversion utérine et si la malade n'avait pas eu dépassé la ménopause on aurait pu attribuer la métrorragie à ce vice de position. L'âge a entraîné au diagnostic de cancer et on est intervenu sans curettage exploratrice. On peut se demander si dans un cas de tumeur siégeant de la sorte dans une corne utérine la curette n'aurait pas été exposée à ne pas ramener de débris cancéreux. L'examen biopsique aurait pu ici détourner du diagnostic de tumeur maligne.

OBSERVATION II

H... Louise, cinquante-quatre ans, entrée dans le service de chirurgie du Dr Reymond le 23 août 1908, pour une plaie du cuir chevelu.

A l'occasion de son séjour à l'hôpital elle fut amenée à révéler qu'elle avait des pertes de sang.

Voici son histoire :

Réglée à quatorze ans. A eu un seul enfant.

Il y a huit ans — elle avait donc quarante-six ans — elle fut opérée à l'hôpital Necker par M. Routier. A la suite de l'opération elle eut sa ménopause définitive. Il y eut donc ménopause opératoire à un âge proche de celui de la ménopause physiologique normale.

Depuis elle n'avait plus perdu de sang, jusqu'à une époque remontant à quelques jours avant son entrée dans le service. Elle a actuellement cinquante-quatre ans.

Les hémorragies persistent.

Examen. — *Toucher.* — Culs-de-sac libres ; on sent dans le fond du vagin le col de l'utérus normal. On retrouve aussi le fond de l'utérus. Le palper abdominal combiné au toucher fait sentir l'utérus mobile.

Spéculum. — Col petit, rouge, surtout au niveau de l'orifice; pas d'ulcération.

L'*hystérométrie* accuse une profondeur utérine de 5 centimètres seulement.

Opération. — 13 octobre 1908. — Hystérectomie totale par voie abdominale.

Incision sous-ombilicale, adhérences utérines avec les anses grêles et l'S iliaque.

Les annexes ont été enlevées lors de la première intervention.

L'utérus est petit, isolé, friable.

Ablation facile malgré la disparition du cul-de-sac de Douglas due à des adhérences utérines postérieures.

Fermeture en trois plans.

Emploi unique de la soie.

Légère ascension thermique ne dépassant pas 38° pendant une huitaine de jours après l'opération. Au onzième on peut enlever les agrafes. Guérison sans incidents.

Examen de la pièce. — Macroscopiquement on trouve à l'ouverture de l'utérus une induration ulcérée de la région intra-cervicale.

L'examen microscopique de coupes faites à ce niveau montre qu'il s'agit d'une tumeur épithéliomateuse.

Cette observation est très intéressante et confirme nos idées sur la nature presque toujours néoplasique des métrorragies après la ménopause. Ici cependant la femme avait un passé génital ; elle avait dû subir l'ablation des annexes et cependant on a pu diagnostiquer le cancer en se basant sur le seul fait des métrorragies. L'examen hystérométrique qui fut pratiqué ayant fourni comme tout renseignement une indication de profondeur moindre de l'utérus aurait pu faire penser à de l'atrophie sénile. Cependant l'intervention fut décidée et donna raison à l'opérateur.

Quant aux brides et adhérences diverses de l'utérus qui causèrent un peu de difficultés à l'acte opératoire, elles étaient vraisemblablement le fait de l'affection annexielle antérieure et de l'intervention occasionnée par elle.

OBSERVATION III

L... P.... âgée de soixante-sept ans.

Entrée le 10 octobre 1905 dans le service du Dr Reymond.

Ménopause il y a quinze ans, à l'âge de cinquante-deux ans.

Apparition des métrorragies un mois avant l'entrée dans le service.

Pas de signes spéciaux à l'examen, au toucher, au palper, au spéculum.

Malgré cela, intervention le 11 novembre 1905.

Opération. — Incision ombilico-pubienne.

Utérus ayant quelques adhérences.

Annexes, saines à droite, volumineuses à gauche.

Décortication des annexes gauches.

Hystérectomie totale et ablation des annexes.

Le surjet péritonéal doit être fait en partie aux dépens du rectum à cause de la brièveté du péritoine pelvien.

Drainage de la grande cavité péritonéale seulement.

Fermeture complète du vagin.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Guérison sans incidents. Pas de récidive.

La malade meurt trois ans après, le 20 novembre 1908, d'une pneumonie.

Examen de la pièce. — A l'ouverture du corps utérin on trouve une tumeur dont l'examen microscopique montre la nature maligne.

Ce cas est un exemple absolument typique d'hystérectomie faite uniquement à cause de l'apparition de métrorragies après la ménopause.

L'existence du cancer a été vérifiée après coup.

La malade est morte de pneumonie trois ans après, sans avoir présenté de récidive.

OBSERVATION IV

Mme C..., quarante-cinq ans, multipare, plusieurs fausses couches, entrée dans le service du docteur Raymond le 10 mai 1905.

La ménopause était survenue normalement lorsque *quelques mois après* ont reparu des hémorragies utérines abondantes et irrégulières. Les phénomènes ont débuté en avril 1905.

Pas d'autres symptômes.

On ne trouve pas de signes spéciaux à l'examen.

Opération le 13 mai 1905. — Laparotomie. L'utérus *quoique semblant normal extérieurement* est enlevé par hystérectomie totale. Guérison opératoire facile.

Examen de la pièce. — Epithélioma au début implanté au voisinage de la corne gauche, confirmé par l'examen histologique. La malade a été revue en septembre 1909 ; pas de récidive.

Nos trois premières observations concernaient des métrorragies apparues des années après la ménopause. Ce qui frappe dans ce quatrième cas c'est l'apparition des pertes sanguines peu de temps après la

ménopause; malgré cela on n'a pas hésité à intervenir rapidement un mois à peine après le début de ces phénomènes. L'examen de l'utérus enlevé et les suites opératoires ont encore ici donné raison à la décision audacieuse.

OBSERVATION V

Léontine N..., cinquante-trois ans.

Entrée dans le service du Dr Reymond le 26 juillet 1906.

Ménopause à cinquante ans, en 1903.

Apparition des métrorragies en juillet 1906.

Aucun autre signe objectif ou subjectif de cancer utérin.

Opération. — 28 juillet 1906. — Hystérectomie abdominale totale.

Incision sous-ombilicale. L'utérus est petit, on le saisit avec une pince de Museux.

Ligature immédiate des ligaments ronds et des ligaments larges à la soie.

Refoulement du péritoine jusqu'au niveau des utérines qu'on pince.

Section et refoulement du péritoine en avant ; ouverture du vagin au bistouri ; on sectionne l'insertion utéro-vaginale circulairement aux ciseaux.

Mèche dans le vagin. Fermeture de celui-ci à la soie, à points séparés.

Ligature des utérines.

Surjet sous le péritoine pelvien.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Agrafes. Pansement sec.

Examen de la pièce.— Epithélioma du corps utérin confirmé par l'examen histologique.

Guérison opératoire.

La malade revue en septembre 1909 ne présente pas de récidive.

Nous trouvons dans cette observation une explication aussi rigoureuse que possible de la thérapeutique que nous soutenons : opérer le plus tôt possible après l'apparition des métrorragies.

Ici la malade est venue dans le service dès qu'elle a eu des pertes sanguines et sans qu'elle ait présenté d'autres signes de néoplasme que ces pertes après la ménopause ; elle a subi l'hystérectomie totale deux jours après son entrée. L'examen de la pièce a justifié les prévisions.

OBSERVATION VI

S... Anna, cinquante ans.

Entrée le 7 février 1907 dans le service du Dr Reymond.

Ménopause deux ans auparavant, à quarante-huit ans.

Pendant quatre à cinq mois avant son entrée dans le service elle a eu des hémorragies utérines abondantes.

Examen de la malade. — Toucher vaginal.— Col de volume normal, de consistance ferme, regardant directement en bas. Lèvre antérieure bien formée et lisse. Lèvre postérieure déchiquetée, non friable.

Orifice transversal normal.

Cul-de-sac antérieur peu profond, laisse sentir la face antérieure de l'utérus dur.

Cul-de-sac postérieur libre, permet d'apprécier la déchirure du col.

Culs-de-sac droit et gauche difficiles à explorer, l'utérus paraissant déborder des deux côtés.

Mobilité de l'utérus presque nulle.

Palpation abdominale. — Météorisme de toute la partie supérieure de l'abdomen. Sonorité à droite, matité dans la moitié du flanc gauche, au-dessus de l'ombilic.

Opération.— 18 février 1907. — Laparatomie. Adhérences avec l'épiploon, la vessie, le rectum, toutes assez faciles à détruire.

Au-dessous du péritoine envahissement cancéreux dans les ligaments larges, le long des vaisseaux iliaques.

Hystérectomie faite en intéressant les tissus épithéliomateux et en enlevant, dans un temps secondaire, les tissus épithéliomateux et les ganglions envahis.

En disséquant les vaisseaux iliaques, on met à nu les uretères, celui de gauche normal, celui de droite dilaté.

Le vagin est tellement envahi qu'il est impossible de le faire remonter.

On glisse un drain par le vagin, un autre par la paroi abdominale qu'on ferme en trois plans au catgut.

La malade est sortie le 13 août 1907. Depuis on n'a pas eu de ses nouvelles.

Cette sixième observation est pour ainsi dire la

contrepartie des autres et c'est pourquoi nous l'avons enregistrée ici quoiqu'elle ne soit pas à proprement parler du cadre de notre sujet. Mais elle montre combien la néoplasie peut évoluer rapidement après le début des métrorragies puisque dans le cas qu'elle rapporte au bout de quatre à cinq mois il y avait invasion cellulo-ganglionnaire du voisinage et généralisation au vagin.

Ainsi se trouve soulignée la nécessité d'intervenir le plus tôt possible après l'apparition des pertes sanguines. Nous y trouvons aussi un autre enseignement. Dans ce cas plutôt malheureux, il y avait en plus des hémorragies des signes fournis par le toucher vaginal qui pouvaient compléter sûrement le diagnostic. On le voit, ces signes correspondaient à un stade déjà avancé de l'évolution cancéreuse. Nous rappelons que nous avons déclaré qu'il est imprudent de les attendre.

Enfin, ici, le choix de la voie abdominale a permis de faire une intervention aussi complète que le comportaient les lésions.

CONCLUSIONS

Toute métrorragie survenant après la ménopause doit faire penser à un cancer utérin.

Si le toucher et l'examen au spéculum ne font pas découvrir un cancer du col on doit envisager la probabilité d'un cancer cavitaire.

Le curettage et l'examen histologique des débris ne constituent pas une certitude de diagnostic ; si la tumeur est encore petite ou haut placée elle peut échapper à la curette ; le curettage constitue un retard qui peut être dangereux.

L'opération a d'autant plus de chance d'être suivie de guérison définitive qu'elle sera faite au début des métrorragies.

Elle est indiquée chaque fois que l'état général de la malade n'explique pas les hémorragies.

L'hystérectomie doit être totale, ce qui évitera d'ouvrir tel utérus portant un cancer de l'isthme et préviendra les récidives.

Elle doit être pratiquée par voie abdominale, ce qui permet de mieux voir, d'éviter des surprises, de découvrir des causes rares d'hémorragie, tel le cas d'anévrisme de l'artère utérine dont il est parlé dans le cours de notre travail.

Dans les interventions que nous relatons et qui ont été faites suivant ces indications, la technique a été simple, les suites opératoires bonnes. L'examen macroscopique et microscopique des pièces a donné raison au diagnostic et à la hardiesse de l'intervention, en prouvant l'existence d'un cancer au début.

Vu : le Président de la thèse
HARTMANN

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Abel. — Du diagnostic précoce du cancer de l'utérus. Arch. für Gyn., 1901.

Alcernhe. — Traitement des hémorragies utérines dans les corps fibreux et les polypes. Thèse de Paris, 1900-1901.

Aran. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes, Paris, 1858-1860.

Bachélerie. — Des hémorragies utérines après la castration annexielle double. Thèse de Bordeaux, 1907.

Bœcker. — Arch. für Gyn., 1897.

Baldwing (Grant). — Diagnostic précoce du cancer de l'utérus. Medical News, 5 mars 1898.

Barnes (R.). — Maladies des femmes.

Batigne. — Exposé de la ménopause naturelle. La Gynécologie, septembre 1908.

Beaumelon. — De la métrorragie symptomatique. Thèse de Montpellier, 1869.

Becquerel. — Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1859.

Bernutz et *Goupil*. — Traité des affections utérines.

Beutner. — L'hystéroscopie. Centralblatt für Gyn., 1898.

Bilhaut. — Evolution du traitement chirurgical du cancer utérin. Thèse de Paris, 1906-1907.

Bisch. — Du cancer primitif du corps de l'utérus. Thèse de Lyon, 1891.

Boissier. — Cancer de l'utérus. Thèse de Montpellier, 1899.

Bonnet et Petit. — Traité de Gynécologie, 1894.

Boucaud.— De la coexistence de fibrome et du cancer utérin. Thèse de Bordeaux, 1898.

Bouilly. — Le curettage. Bulletin général de thérapeutique, 1895.

Boulin. — De la métrorragie considérée hors de l'état puerpéral. Thèse de Paris, 1860.

Bourlet. — Etude sur la métrite interne après la ménopause. Thèse de Paris, 1879.

De Bovis. — Le curettage est-il dangereux ? Semaine médicale, août 1909.

Brioude. — Sclérose de l'utérus. Thèse de Paris, 1896.

Brouardel. — Tuberculisation des organes génitaux de la femme. Thèse de Paris, 1865.

Champeaux. — De la valeur séméiologique de la métrorragie. Thèse de Paris, 1869.

Chaleix. — Métrorragie des vieilles femmes. Journal de médecine de Bordeaux, 1898.

Charreire. — Myomes et ménopause. Thèse de Montpellier, 1907.

Chevassu. — Bulletin de la Société anatomique, janvier 1908.

Churchill et *Leblanc*. — Maladies des femmes.

Clauzel-Maurice. — Contribution à l'étude de la métrite sénile. Thèse de Montpellier, 1907-1908.

Cogrel. — De l'hystéroscopie. Thèse de Paris, 1896-1897.

Cornil et *Brault*. — Société Anatomique, 1898, page 57.

Courmontagne. — Traitement du cancer utérin par hystérectomie totale. Thèse de Paris, 1900-1901.

Courty (A.). — Traité pratique des maladies de l'utérus.

Coutzarida (Mlle). — De l'hydrorrhée et de sa valeur séméiologique. Thèse de Paris, 1884.

Crapez. — Hystérectomie pour cancer. Thèse de Paris, 1903-1904.

Cullen de Baltimore. — Diagnostic précoce du cancer utérin.

Dalché. — Métrorragies. Société médicale des Hôpitaux, 1897.

— Les métrorragies dans les affections cardiaques.

Danthez. — Métrite hémorragique dite essentielle. Thèse de Paris, 1900-1901.

Darcanne-Marroux (Mme). — Ménopause précoce. Thèse de Paris, 1904-1905.

David (E.). — Traitement du cancer utérin par hystérectomie abdominale totale. Thèse de Paris, 1902-1903.

Delbet. — In Duplay-Reclus. Traité de Chirurgie.

Delespines (J.). — Métrorragies et affections annexielles. Thèse de Paris, 1904-1905.

Doléris et *Pichevin.* — Introduction à la pratique gynécologique.

Donald (M.). — Hémorragies profuses causées par un fibrome de l'utérus chez une femme âgée. North of England Obs. and. Gyn. Soc.

Duparcque. — Maladies de la matrice.

Duplay et *Reclus.* — Traité de Chirurgie.

Dupuy. — Les métrorragies essentielles. Thèse de Paris, 1892.

Dupuy. — Les métrites hémorragiques. Thèse de Bordeaux, 1895.

Ehrenfert. — L'influence du système nerveux central dans les causes des hémorragies utérines, American Journal of Obst., février 1908.

Emmet (Th.-A.). — La pratique des maladies des femmes.

Erlanger. — Métrorragies. Traitement par l'adrénaline. Thèse de Paris, 1901-1902.

Gallard. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes.

Goldenstein. — Métrorragies d'origine syphilitique. Thèse, de Paris, 1907-1908.

Güsserow. — Die Neubildungen der utérus.

Handfield (Jones). — Leçons cliniques sur le cancer utérin. Britisch médical. Jour., janvier 1901.

Hartmann. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1890. Congrès de Chirurgie, 1899.

— Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, juillet 1909. Hystérectomie abdominale.

Hepp. — Sclérose utérine et métrites chroniques. Thèse de Paris, 1899.

Iselin. — Seméiologie des écoulements sanguins d'origine génitale chez la femme. La médecine pratique, 1907.

Isodori. — L'hémorragie atypique de l'utérus au point de vue du diagnostic et du traitement. Clinica ostetrica. Juin 1908.

Jayle. — Résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie par cancer de l'utérus. Gynécologie, 1908.

Jeannel. — La cure chirurgicale du cancer de la matrice. Province médicale. Septembre 1908.

Joux. — Propagation et généralisation du cancer de l'utérus. Thèse de Paris, 1904-1905.

Juteau. — De l'hémorragie utérine essentielle. Thèse du Paris, 1850.

Jacobs. — Traitement du cancer utérin. Compte rendu de Congrès d'Amsterdam, 1899. Traitement de cancer de l'utérus. Progrès médical belge, juin 1904.

Rotliarewski. — Métrorragies d'ordre réflexe et conjonctif. Thèse de Paris, 1907-1908.

Labadie-Lagrave et *Lequeu.* — Traité de gynécologie.

Labusquère (R.). — Pour la cure radicale du cancer de l'utérus. Annales de gyn. et obst., 1906.

Landry. — Métrorragies et endométrite hémorragique. Thèse de Paris, 1901-1902.

Lawson Tait. — Traité clinique des maladies des femmes.

Lecène. — Dégénérescence de fibrome. Communication à la Société Anatomique. Nov. 1907.

Lecorché. — Comptes rendus de la Société de Biologie, 1856.

Lépine. — Complication du diabète et son traitement, 1905-1906.

Leplichey. — De la métrite chez les tuberculeux. Thèse de Paris, 1883.

Luez. — La tuberculose des organes génitaux de la femme. Journal of obstet. and gyn. of the British Emp., janvier 1907.

Linia. — Traitement des cancers de l'utérus. Revue de Gyn. et d'Obst., août 1909.

Mansfeld (Otto Paul). — Sur le diagnostic de la malignité utérine. Zeitsch f. bref und gyn., 1908.

Monprofit — Salpingites et ovarites. Thèse de Paris, 1888.

Morestin. — Bulletin de la Société Anatomique. janvier 1908.

Nicolas. — Ménorragies de l'âge critique. Thèse de Strasbourg, 1808.

Nivet et *Blatin.* — Traité des maladies des femmes qui déterminent des fleurs blanches. Paris, 1842.

Nonat. — Traité pratique des maladies de l'utérus, 1860.

Ott (Dimitri de). — Revue thérapeutique médico-chirurgicale, septembre 1909.

Pallaires. — Métrorragies chez les vierges.

Petit. — Curettage utérin. Diagnostic histologique. Thèse de Paris, 1900-1901.

— Diagnostic du début de l'épithélioma utérin. Semaine gynéologique, 1906.

Pichevin. — La lutte contre le cancer utérin. Semaine gynécologique. Paris, 4 février 1908.

Pichot. — Thèse de Paris, 1888.

Pichot (L.). — Cancer du corps de l'utérus. Thèse de Paris, 1876.

Pillaud. — Des tuberculoses de l'ovaire et de la trompe. Thèse de Paris, 1861.

Piquand (G.). — Fibrome et cancer. Annales de gynécologie, 1905.

— Dégénérescence des fibromyomes. Thèse de Paris, 1905.

Polaillon. — Maladies des femmes. Paris, 1901.

Pouliot. — Métrorragies de cause générale. Monde médical, novembre 1901.

Pozzi. — Traité de Gynécologie, édition de 1897.

— Traité de Gynécologie, édition de 1905.

Reverdin (A.). — Souvenirs gynécologiques. La Gynécologie, 1906.

Reymond (E.). — Bulletin de la Société anatomique, janvier 1908.

Richelot. — Traité des Maladies des Femmes.

Rossier (Guillaume). — Annales de Gynécologie, 1908.

Rousseau. — Considérations étiologiques sur les métrorragies. Thèse de Paris. 1867.

Schmidt. — Métrorragies et métrite hémorragique. Thèse de Paris, 1895.

Schröder. — Maladies des Femmes.

Sicard. — Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Technique. Résultats. Thèse de Paris, 1900-1901.

Simpson (T. Y.). — Annual Reports of the Register general f. England, 1847-1867.

Sinéty (de). — Gynécologie et Maladies des Femmes.

Siredey. — Article Métrorragies in Dictionnaire Jaccoud.

Sneguireff. — Hémorragies utérines.

Stopin. — Métrorragies de la Ménopause. Thèse de Paris, 1897-1898.

Szukitz. — In Schrœdes Maladies des Femmes.

Scharlieb. — Les avantages de la voie abdominale dans les interventions pour cancer de l'utérus. Britisch, Gyn. Jour., 1906.

Scanzoni. — Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme.

Teillard-Chabrier. — Etude sur la métrite hémorragique, Paris, 1888.

Terrier. — Congrès clinique, 1891 et 1899.

— Revue de Chirurgie, 1897-1898-1899.

— Gazette hebdomadaire de Médecine et Chirurgie, 1901-1902.

Terrillon. — Hémorragies utérines et leur traitement. Bulletin général de Thérapeutique, 1891.

Tesson (R.). — Cancer primitif du corps de l'utérus. Thèse de Paris, 1901-1902.

Trotewski. — Métrite hémorragique. Paris, 1895.

Vinay. — La Ménopause. Lyon, 1907.

West. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes. (Traduction Mauriac). Paris, 1870.

Zacharias. — Monatcsh. f. Geb. and Gyn., juin 1909.

Zimmern. — Traitement électrique des hémorragies utérines. Thèse de Paris, 1900-1901.

Imp. de la librairie A. Leclerc, 19, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE